

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année _____

THÈSE

N° _____

309

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 Juillet 1886, à 9 heures

PAR A. ROBELIN,

Né à La Loye (Jura), le 12 février 1862,

Ancien externe des hôpitaux,

Médecin élève du service de santé militaire.

ÉTUDE

SUR

LES VESSIES A CELLULES

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. TRELAT, professeur.
RECLUS, KIRMISSON, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....

Anatomie.....	MM. SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HARDY.
	POTAIN
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	LE FORT.
Clinique d'accouchements.....	PANAS.
	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE: M. VULPIAN

Professeur honoraire M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIGNES.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHEL.
	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	REMY.	STRAUS.
des travaux anatomiques.	KIRMISSON.	RENDU.	TERRILLON.
GARIEL.	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté: Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur accorder aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET TRÈS HONORÉ MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR GUYON

Membre de l'Académie de médecine,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de la Société de chirurgie,
Chirurgien de l'hôpital Necker.

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550201_0010

ETUDE
SUR
LES VESSIES A CELLULES

INTRODUCTION.

Nous nous sommes proposé, dans cette thèse, de présenter une étude des vessies à cellules. Le musée Dupuytren, le musée de l'hôpital Necker possèdent de beaux spécimens de ce genre de lésions. La lecture de Morgagni, du Traité des maladies des voies urinaires de Chopart, de Civiale, des Bulletins de la Société anatomique, nous font voir que les auteurs ont publié des observations extrêmement intéressantes des vessies à cellules. Mais, disséminées çà et là, elles ont été rarement l'occasion d'un travail d'ensemble. Ainsi, tel auteur, publiant un cas nouveau, étudiera la cellule dans ses rapports avec la perforation de la vessie, ce sera M. Mercier; tel autre recherchera les rapports de la cellule avec l'enchatonnement des calculs, tel autre enfin étudiera seulement la constitution anatomique macroscopique de la cellule.

Notre but a été de recueillir les observations éparses çà et là dans les auteurs, d'en publier quelques-unes inédites, de les analyser, de les disséquer pour ainsi dire, et avec tous les détails obtenus de présenter l'histoire anatomique et clinique des vessies à cellules.

Dans un premier chapitre nous ferons rapidement l'historique de la question.

Dans le second chapitre, nous étudierons la constitution de la cellule au point de vue de l'anatomie pathologique. Chemin faisant, nous aurons à discuter l'opinion de certains auteurs beaucoup trop affirmatifs au sujet du siège de prédilection de la cellule, au sujet de sa structure intime, etc. Pour élucider cette dernière question, le microscope nous sera d'un grand secours, et nous opposerons aux affirmations souvent toutes gratuites de certains auteurs des faits aussi précis que possible; nous ferons connaître les résultats de l'examen microscopique de trois cellules vésicales.

L'étude de la pathogénie des cellules vésicales qui fera l'objet de notre troisième chapitre, nous sera grandement facilitée par l'analyse des cinquante-trois observations que nous relatons. Nous verrons qu'un rapport intime est toujours établi entre elles et les troubles de la miction.

L'étude des symptômes ne nous arrêtera pas longtemps; il nous sera facile de montrer combien ils sont vagues et peu constants. Ce même chapitre nous permettra de dire combien rarement le diagnostic des vessies à cellules peut être fait pendant la vie; nous verrons que les vessies doubles, triples des anciens

auteurs doivent être regardées la plupart du temps comme des hernies tuniquaires de la vessie; nous verrons aussi qu'il ne faut pas prendre pour des vessies à cellules les contractions irrégulières de cet organe, contractions sur lesquelles M. Guyon a récemment appelé l'attention.

Dans un cinquième chapitre, nous dirons quelques mots des complications, telles que, ulcérations, perforations de la vessie au niveau de la cellule; nous nous étendrons plus longuement sur l'enchatonnement des calculs.

Le pronostic et le traitement feront l'objet du sixième et dernier chapitre.

Mais avant d'aller plus loin, il nous reste un devoir bien doux à remplir, c'est de dire publiquement à M. le professeur Guyon combien nous lui sommes reconnaissant. Nous n'oublierons jamais avec quel empressement il nous a prodigué ses leçons, et nous nous souviendrons toujours avec joie de nos années d'études à l'hôpital Necker.

Nous adressons aussi nos plus sincères remerciements à M. Tapret, notre maître à l'hôpital Cochin, à MM. de Beurmann et Cuffer, nos maîtres de « la Charité, » à nos anciens internes, MM. Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, Auguste Broca, prosecteur, Pignol, Hache, chef de clinique chirurgicale adjoint, Boursier, Hartmann, aide d'anatomie, qui a si obligeamment mis à notre disposition plusieurs observations de cette thèse.

Disons aussi à M. Baudouin, interne des hôpitaux,

notre si bon camarade de l'hôpital Necker, combien nous lui sommes reconnaissant de l'empressement avec lequel il a bien voulu se charger de l'étude microscopique des cellules vésicales qui font l'objet des observations XLVIII, LI, LII de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE DES VESSIES A CELLULES.

Les anciens auteurs, tels que Bauhin, Riolan, Collot, Blasius avaient certainement trouvé, en faisant des autopsies, des vessies à cellules; mais, frappés de l'analogie grossière qui existe entre celles-ci et les vessies doubles, ils les décrivaient sous ce dernier terme.

Tenon réagit contre cette manière de voir et montre à l'Académie des Sciences, en 1768, « une vessie dont la tunique membraneuse s'était échappée en partie par les mailles du réseau charnu (1). Il conclut de ce fait que les autres vessies qu'on a cru doubles pouvaient ne devoir cette duplicité apparente qu'à la même cause.

Bonet, dans son *Sepulchretum*, relate l'observation du savant Cazaubon : la vessie contre nature était *six fois* plus volumineuse que la vraie. (Voir observation I).

Morgagni (2), dans sa quarante-deuxième lettre, parle longuement des cellules vésicales qu'il décrit sous le nom de « sac ». Nous exposerons ses théories au chapitre de la Pathogénie ; disons seulement main-

(1) Cité d'après Deschamps. *Traité historique et dogmatique de l'opération de la taille*, t. I, p. 22. Paris, 1793.

(2) Lettre XLII. De sedib. et caus. morb.

tenant qu'il donne le récit détaillé de plusieurs autopsies, qu'il étudie les causes donnant lieu à la formation de ces petits sacs (même lettre n° 42); qu'il insiste sur l'importance qu'il y a pour les lithotomistes de les connaître (nos 10 et 32), qu'à son avis, ils peuvent en imposer quelquefois pour une autre vessie (n° 32) et que ces petits sacs expliquent « *comment un calcul tantôt est senti par le lithotomiste, tantôt ne l'est pas* ». Art. 10.

Houstet, dans un mémoire à l'Académie royale de Chirurgie, cite plusieurs observations de vessie à cellules et de calculs enchatonnés sur lesquelles nous aurons à revenir dans le cours de ce travail et conclut ainsi : (1) « Je crois que les cellules dont on vient de parler sont presque toujours la suite des rétentions d'urine et qu'elles peuvent être regardées comme des *hernies* de la membrane interne de la vessie qui, dans sa dilatation, a permis le déplacement des fibres charnues.

Remarquons ce mot *hernie*; Cruveilhier, un siècle plus tard, ne trouvera pas un mot plus propre pour expliquer la pathogénie des cellules et dira *hernie tuniquaire*.

Vient ensuite *Chopart* qui, dans son *Traité des maladies des voies urinaires* (2), étudie la « *cystocèle interne* » au point de vue anatomique et clinique.

(1) *Houstet*. Mémoire de l'Académie royale de chirurgie, t. I, 1743, p. 401.

(2) *Chopart*. *Traité des maladies des voies urinaires*, p. 50 et suiv.

Son exposé est vraiment magistral et complet. Nous lui ferons de larges emprunts ; nous citons une observation dans laquelle on verra que Chopart fit le diagnostic d'une grande cellule, sans voir le malade, et seulement par le récit clinique de la maladie. (Voir obs. II).

En 1836, Mercier (3) étudie les rapports des cellules vésicales avec certaines perforations spontanées de la vessie.

J. Cruveilhier, dans son *Traité d'anatomie pathologique générale*, prend les vessies à cellules comme type des hernies tuniquaires, et leur assigne comme caractère fondamental le déplacement de la tunique muqueuse à travers les faisceaux de la tunique musculaire.

Civiale (4) rappelle que dès 1836 il a adressé un mémoire à l'Académie des sciences, mémoire dans lequel il étudie la formation, le développement et la configuration des cellules vésicales, les caractères qu'elles présentent, l'influence qu'elles exercent sur la production, la marche de plusieurs maladies de la vessie.

Houel, dans son *Manuel d'anatomie pathologique*, résume les caractères des hernies tuniquaires de la vessie et nous indique les particularités des pièces déposées au musée Dupuytren.

(3) Mercier. Mémoire sur certaines perforations spontanées de la vessie. In *Gazette médicale*. Paris, 1836, p. 257 et 273.

(4) Civiale. *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, t. III, 2^e édit., p. 5 et suiv.

Voillemier et Le Dentu (2), dans leur *Traité des maladies des voies urinaires*; Follin et Duplay, dans leur *Traité de pathologie externe*, donnent un exposé clair, méthodique et concis de nos connaissances sur ce sujet.

Lemaire (3), dans sa thèse, étudiant l'enchatonnement des calculs, est amené à parler des cellules vésicales et publie une observation très intéressante de calcul enchatonné recueillie dans le service de M. An-ger.

Launois (4), dans un mémoire couronné (prix Civiale), publie ses recherches sur l'appareil urinaire des vieillards et fait une étude histologique très complète des grandes cellules vésicales. Dans notre chapitre d'anatomie pathologique, nous discuterons les opinions de cet auteur et nous regretterons qu'il ait laissé de côté l'étude des cellules vésicales au début.

En 1885, M. le Dr Pousson présente un mémoire à la Société de chirurgie sur « la conduite à tenir dans le traitement des calculs enchatonnés. » Après avoir fait connaître les divers caractères du calcul enchatonné, il étudie sa loge, son corps plus ou moins spacieux et son orifice de dimensions diverses qu'on peut appeler

(2) Voillemier et Le Dentu. *Traité des mal. des voies urin.*, p. 315 et suiv.

(3) Lemaire. *Etude sur les calculs enkystés*. Th. de Paris, 1877.

(4) Launois. *De l'appareil urinaire des vieillards*. Th. Paris, 1885, p. 48 et suiv.

collet. Il indique ensuite la taille hypogastrique comme opération de choix dans l'extraction des calculs enchaînés. Ce mémoire et une observation de M. Maréchal ont donné lieu à un rapport très important de M. Monod (1).

(1) Bulletins de la Société de chirurgie, séance du 15 juillet 1885, p. 515.

CHAPITRE II.

DESCRIPTION ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES VESSIES

A CELLULES.

Avant d'entrer dans l'étude des cellules vésicales, il nous faut répondre en quelques mots à cette question :

Les vessies à cellules existent-elles chez les animaux?

Nous nous posons cette question, car si l'on consulte le catalogue du musée Dupuytren, voici ce qu'on lit à l'article des hernies tuniquaires de la vessie :

N° 64. Cette vessie a été trouvée sur un *veau* et préparée par dessiccation. On constate à sa partie moyenne un étranglement circulaire qui la divise en deux cavités superposées. Ces cavités communiquent par une large ouverture, La cavité supérieure est évidemment constituée par une *hernie de la muqueuse vésicale* à travers les fibres de la membrane musculieuse (Prof. Laënnec, Bull. de la Faculté, t. III, p. 300).

Il était très intéressant pour nous de connaître l'opinion de Laënnec sur la question que nous traitons; nous sommes allé puiser à la source qui était indiquée. Nous avons vu avec étonnement qu'on avait prêté gratuitement à Laënnec une opinion qu'il n'avait pas. Qu'on en juge plutôt; en effet, en nous reportant aux

Bulletins de la Faculté, t. III, p. 300, nous avons trouvé ce qui suit : « M. Laënnec présente à la Société une vessie de veau très volumineuse au milieu de laquelle on observait un profond étranglement qui la divisait en travers en deux portions à peu près égales. »

Il n'est donc pas question de hernie tuniquaire dans cette présentation de pièce.

N^o 65. Musée Dupuytren..... Cette fois il s'agit d'une vessie de porc. « Cette poche supérieure est *probablement* formée par la muqueuse qui a fait hernie à travers la membrane musculieuse. » (Prof. Chaus sier, Bull. de la Faculté, t. III, p. 436.)

A cette indication bibliographique, nous n'avons pas trouvé une seule observation qui se rapportât à une hernie tuniquaire de la vessie chez un animal.

Malgré ces deux observations, qui nous paraissent d'ailleurs peu authentiques, il nous est impossible de savoir à quoi nous en tenir au sujet de l'existence des vessies à cellules chez les animaux. Nous ne pouvons que regretter l'absence de renseignements plus précis. Des recherches poursuivies dans ce sens n'ont abouti à rien.

Définition. — Les vessies à cellules sont des vessies présentant une ou plusieurs tumeurs produites par la hernie de la tunique muqueuse à travers un écartement des fibres de la tunique musculaire. Certains auteurs font entrer dans la définition la constitution de la paroi de ces tumeurs et donnent comme caractère constant l'absence de fibres musculaires dans

cette paroi. C'est à dessein que nous ne parlons pas de cette particularité; ce serait là un moyen facile et pour ainsi dire un signe pathognomonique pour reconnaître une cellule vésicale, mais l'examen microscopique de quelques petites cellules vésicales au début, nous montrera que, dans quelques cas au moins, des faisceaux musculaires peuvent recouvrir cette muqueuse herniée. En effet, on comprend facilement que la muqueuse puisse refouler devant elle un certain nombre de fibres musculaires non écartées par elle.

Synonymie. — Nous avons rarement vu une affection recevoir des auteurs des appellations plus nombreuses : Les anciens chirurgiens appelaient volontiers les cellules vésicales : diverticulum, vessie accessoire, vessie à compartiments, dépression, cavité surnuméraire, loge, kyste, chaton et même perforation de la vessie; Morgagni les appelait sac; Chopart tyrocèle interne. Quelques auteurs modernes les nomment, à la suite de Cruveilhier, hernie tuniquaire de la vessie. Maintenant, on emploie généralement le nom de cellules. Cependant Voillemier et Le Dentu donnent aux hernies tuniquaires de la vessie une appellation différente suivant leur volume. Les petites sont appelées cellules, les grandes sont appelées poches. Quant à nous, quel que soit leur volume, nous nous servirons du mot de cellules.

Anatomie pathologique. --- Chez les vieillards dont la prostate est hypertrophiée, chez les malades atteints

d'un rétrécissement de l'urèthre qui nécessite un excès de travail du muscle vésical, la paroi de la *vessie* atteint une très-grande épaisseur pouvant aller jusqu'à 1, 2 centimètres et au delà. La disposition en réseau de ses faisceaux musculaires est portée à un tel point qu'elle a été comparée par plusieurs auteurs à la face interne du cœur. Ces *colonnes*, loin de former un plan continu, s'isolent et laissent entre elles des espaces d'autant plus grands, qu'elles sont elles-mêmes plus développées. Dans ces espaces, la membrane muqueuse, étant moins soutenue que sur les colonnes, cède ; il en résulte des dépressions plus ou moins profondes, premier rudiment de ce qui est une cellule. Ces dépressions sont-elles peu accentuées, et contenues dans l'épaisseur même des parois vésicales, interstitielles pour ainsi dire ? Elles constituent les cellules au début (voir obs. 52, obs. 51, etc.) ; forment-elles au contraire des espèces de « boursofflures » (Civiale) volumineuses, déterminant en dehors du viscère, des tumeurs dont la forme varie beaucoup, et dont le volume est quelquefois plus grand que la vessie elle-même ? Ce sont les grandes cellules. (Voir obs. 1, obs. 48).

Ces hernies tuniquaires sont tantôt libres et pour ainsi dire flottantes, comme pédiculées, et paraissant s'insérer à la surface externe de la vessie, tantôt elles adhèrent intimement aux tissus voisins. Elles varient à l'infini quand on les étudie sous le rapport de leur siège, de leur nombre, de leur forme, de leur volume, de leur consistance, mais elles ont néanmoins des caractères communs ; l'épaisseur de leur paroi est

moindre que celle de la vessie, et les uretères ne s'y insèrent jamais. Très rarement aussi des faisceaux musculaires font partie constituante de la paroi des grandes cellules. (Voir obs. 33, 34, 36). Nous verrons, au contraire, qu'une couche plus ou moins importante de tissu musculaire s'observe assez souvent dans les cellules au début. (Voir obs. 51 et 52).

Siège. — Les opinions des auteurs sont très-contradictoires, au sujet du siège. D'après M. Houel (voir obs. 34), les cellules sont situées *le plus souvent* en dehors et près de l'orifice vésical des uretères. D'après Civiale (1), ce serait vers le bas-fond et à la face postérieure; Chopart les place sur les parties latérales et vers le sommet; Voillemier et Le Dentu sur le bas-fond et vers le sommet.

La lecture de nos observations nous fait admettre l'opinion de Chopart.

Cruveilhier n'a jamais vu de cellules siégeant sur le trigone, il a même nié la possibilité d'un pareil siège, à cause de la couche épaisse et continue de fibres musculaires de cette partie de la vessie. Cette opinion fut celle de Houel, elle est encore celle de Voillemier et Le Dentu. Mais nous la croyons exagérée; nous trouvons en effet dans Houstet(2): « M. Boudon me fit voir à l'ouverture d'un cadavre une vessie dans laquelle il y avait entre la prostate et l'insertion des

(1) Loc. cit., p. 8.

(2) Loc. cit., p. 402.

uretères, une cellule dont l'entrée était moins large que le fond et qui aurait pu contenir un œuf de pigeon. »

Nous publions plus loin une observation inédite où des cellules existaient sur le trigone. (Voir obs. 49).

Concluons donc que la plus grande variété règne dans le siège des cellules vésicales, et qu'il est très-rare d'en rencontrer au voisinage du col, et même dans l'espace compris entre les orifices des uretères et de l'urètre.

Le *nombre* des cellules vésicales ne saurait être déterminé d'une façon mathématique. Civitàle a vu « une vessie qui en était presque entièrement recouverte au point de ressembler à une grappe de raisin : il n'y avait qu'un petit espace de la face antérieure près du col qui n'en présentât point. » Platner en a trouvé trente-neuf contenant chacune un calcul. Mais en général leur nombre est restreint ; habituellement, il n'y en a qu'une, deux, trois ou quatre. (Voir obs. V, VI, VII...).

Le *volume* des cellules vésicales est très-variable ; parfois il est si considérable qu'il est difficile de reconnaître la vraie vessie, tel était le cas de Cazaubon. (Voir obs. I). La vessie « contre nature » était six fois plus considérable que la vessie ordinaire ; tel encore le cas de Martin, musée du professeur Guyon (n° 139, obs. 48). La cellule vésicale a la dimension d'une tête d'un enfant ; telle encore l'observation XXII. Mais il est rare d'observer une pièce anatomique d'un volume aussi considérable. Plus souvent, en effet, la cellule

pourrait seulement loger une noisette (obs. XXVI); une petite pomme (obs. XXXIV); un œuf (obs. XV, XVII, XLIII), une châtaigne, etc. Plus souvent encore les cellules sont au début et pourraient seulement loger un petit pois. Nous reviendrons sur l'étude de ces dernières dans l'anatomie pathologique microscopique. Mais remarquons, à la lecture de nos observations, qu'un rapport doit être établi entre le nombre et le volume des cellules. Plus elles sont petites et plus elles sont nombreuses. L'observation de Civiale citée plus haut, où la vessie est comparée à une grappe de raisin, est très-nette à cet égard. Une cellule énorme (voir obs. XLVIII) est presque toujours unique et réciproquement.

A la question du volume et à la question du siège se rattache évidemment la question des rapports: Ces rapports seront par conséquent aussi variables que le volume et que le siège. Dans un cas, Cruveilhier a vu la cellule occuper la place de la vessie véritable qui était déjetée de côté. Dans notre observation XLIII, la hernie tuniquaire reposait dans la plus grande partie de son étendue sur la vésicule séminale gauche. En bas elle s'étendait jusqu'à la prostate, en haut elle remontait jusqu'à $1/2$ centimètre du cul-de-sac péritonéal vésico-rectal. D'une façon générale, disons que la vessie est toujours refoulée dans une direction opposée à celle où la cellule s'est développée.

La *consistance* des hernies tuniquaires est relative à l'épaisseur de leur paroi et à la nature des matières qu'elles contiennent. Lorsqu'elle renferme de l'urine,

la tumeur est très-molle, très-fluctuante, quelquefois même il a été possible, à travers la paroi abdominale, de faire passer l'urine de la cellule dans la véritable vessie et de déterminer immédiatement le besoin d'uriner. « La tumeur était indolente... Elle s'amollissait et s'affaissait par la pression, laquelle excitait le besoin d'uriner et la sortie d'une grande quantité d'urine. » (Obs. II).

La consistance sera plus ferme s'il y a eu une inflammation, ou du pus dans la cellule comme dans l'observation de Gubler (obs. XXX, etc.), plus dure encore, si un calcul est enchatonné. Nous étudierons cette question au chapitre des complications.

La dureté est encore variable si des adhérences se sont établies entre la tumeur et des tissus environnants.

La forme des cellules ou poches qui résultent de la hernie de la muqueuse vésicale, dit Cruveilhier (1) est « ordinairement sphéroïde, quelquefois conoïde, en forme de doigt de gant. »

Dans les cas où les cellules sont au début, la *surface interne* de la vessie offre à considérer pour chacune un orifice dont les bords arrondis et lisses ne sont pas saillants. Ces cellules plus ou moins petites, presque toujours, vides peuvent échapper facilement à l'observateur, car elles sont appliquées contre les parois de la vessie et contenues dans son épaisseur. Elles se montrent à peine, à moins qu'on étende les parties

(1) Cruveilhier. Loc. cit., p. 591.

qu'elles occupent. L'orifice est quelquefois très-étroit, 2 millim. par exemple. (Voir obs. XVIII).

Sont-elles grandes; elles présentent des ouvertures béantes, des orifices à diamètre variables. Nous regrettons que souvent les auteurs passent sous silence ce détail important de l'observation, Dans l'observation XLIII le diamètre de l'orifice atteint 2 centimètres et demi (voir aussi les observations XIV, XVI, XVII). Les orifices à bords découpés ont été pris quelquefois pour des perforations ou des ouvertures de foyers purulents. Pour éviter ces méprises, il faut se souvenir que les orifices des cellules sont recouverts par la membrane muqueuse qui se continue dans l'intérieur de la cellule.

Lorsque ces ouvertures offrent beaucoup d'évasement et de largeur, elles semblent être le prolongement de la vessie. L'observation XXXIII est instructive à cet égard et nous voyons M. Goupil décrire un diverticulum de la vessie pourvu de tunique séreuse, musculieuse et muqueuse. Cette sorte d'appendice existe quelquefois dans le bas fond de la vessie, derrière la corde saillante formée par la colonne charnue intermédiaire aux embouchures des deux uretères. Nous reviendrons sur ces particularités quand nous parlerons du diagnostic anatomique.

Cruveilhier (1) « a observé plusieurs cas dans lesquels cet appendice en forme de cône à base très large, à sommet étroit, était engagé entre le rectum et le

(1) Loc. cit., p. 592.

trigone vésical et atteignait la prostate. Chez la femme, on pourrait considérer comme un appendice vésical, la portion de vessie qui est entraînée avec le vagin dans l'invagination de ce canal. » Nous en reparlerons plus loin.

Anatomie pathologique microscopique. — Cette partie de notre thèse s'appuie tout entière sur le résultat de l'examen microscopique que M. M. Baudouin, interne des hôpitaux, a bien voulu nous communiquer. Notre excellent ami a examiné une grande cellule (voir obs. 48) et deux petites cellules au début. La description de ces dernières présente un réel intérêt. Jamais, à notre connaissance, du moins, il n'a été publié de description histologique de petite cellule. En effet, M. Launois, dans sa thèse (1), a examiné seulement « trois poches d'une capacité à peu près égale à celle du réservoir primitif. »

Description d'une petite cellule (voir obs. 51). -- Entre deux colonnes musculaires, d'ailleurs peu saillantes, la muqueuse présente une dépression; cette dépression est un véritable diverticule de la cavité vésicale, ayant environ une capacité de trois quart de centimètres cubes, et occupant l'épaisseur même de la paroi de la vessie. Elle est limitée, au niveau de son orifice de communication, par deux colonnes charnues se réunissant en V à une extrémité, tandis qu'à l'autre, on ne

(1) Launois. Loc. cit., p. 48.

trouve qu'une très légère saillie, formée par les couches musculaires sous-jacentes. Les bords de cet orifice, le quel est presque aussi large que la cellule elle-même sont lisses, arrondis et à peine saillants.

Examen microscopique (4). — On a pratiqué l'examen microscopique de cette cellule dans le but d'étudier la constitution de ses parois. Pour ce faire, aussitôt après l'autopsie, la pièce a été plongée dans le liquide de Muller et y a séjourné un très long temps. Pour pratiquer les coupes nécessaires, elle a été placée ensuite dans une solution de gomme, pendant quarante-huit heures, puis a séjourné dans l'alcool absolu. Les coupes ont été faites perpendiculairement à l'axe des colonnes musculaires limitant la petite cellule et ont porté sur toute la portion de paroi intermédiaire à ces colonnes. Après les avoir dégommées, colorées les unes à l'hématoxyline, les autres avec le picrocarmine de Ranvier, et montées dans la glycérine formiquée, on a constaté, en jetant un coup d'œil d'ensemble sur ces préparations, avec un faible grossissement (ocul. 4., obj. 2 de Véric, tube baissé) :

1° Des modifications de la muqueuse, au niveau de la cellule et sur les colonnes musculaires qui la limitent;

2° D'autres dans la couche de tissu cellulaire lâche sous-jacente;

3° D'autres encore, dans les faisceaux musculaires et la gange conjonctive qui les entoure, formant la paroi de la cellule presque en totalité.

L'ensemble d'une coupe comprend, en effet, plusieurs zones qu'il est facile de reconnaître, grâce à la différence de coloration obtenue par le picrocarmin et chacune de ces zones correspond aux couchés ci-dessus énoncés.

Sur toutes les coupes, il a été impossible de retrouver des traces d'épithélium à la face interne de la muqueuse. Il n'y a rien là qui doive surprendre, la pièce ayant été placée dans le liquide de Muller plus de 24 heures après la mort.

Si, avant d'entrer dans l'étude des modifications intimes de la muqueuse vésicale au niveau de la cellule, on examine la façon dont elle se comporte par rapport aux parties sous-jacentes et on envisage son aspect général, il est facile de constater qu'elle se soulève au niveau des deux colonnes musculaires qui limitent cette cellule et que dans l'intervalle de ces colonnes, elle s'enfonce dans la dépression vésicale, ici peu profonde (la cellule ayant à peine un demi centimètre de profondeur), pour en tapisser la paroi.

En dehors de ces colonnes musculaires, cette muqueuse se continue dans ce cas, presque sans ligne de démarcation avec le reste de la muqueuse vésicale par suite de la saillie très faible de ces colonnes. Au niveau de ces piliers charnus, elle présente d'ailleurs les caractères ordinaires de la muqueuse vésicale.

Si maintenant, on passe à la partie située entre ces piliers musculaires, on voit qu'elle y présente une série de petites dépressions séparées par des saillies, dépressions qui sont plus ou moins marquées,

suivant leur siège et au nombre d'une dizaine environ ; d'où l'aspect sinueux et plissé de la muqueuse dans la cellule. Ces plis de la muqueuse, car ce sont là de véritables plis, sont plus accentués en certains points et surtout au niveau de la partie interne de chaque colonne musculaire limitant la cellule ; là ils sont plus profonds et plus nombreux, ce qui s'explique très bien, si l'on songe que ces plis ne peuvent être dus qu'à la saillie des piliers charnus et que leur développement est en rapport avec celui de ces colonnes. Comme on l'a déjà signalé, ces enfoncements ne se rencontrent pas dans cette pièce sur le côté opposé des piliers, c'est-à-dire au niveau du point où il y a continuité de la muqueuse de la cellule avec celle du reste de la vessie, par suite de la trop légère saillie de ces piliers à ce niveau. On verra qu'il n'en est pas toujours ainsi.

L'existence de ces sinuosités, nous le répétons, est en rapport avec la formation des colonnes, car on les rencontre entre ces colonnes, alors même qu'il n'y a pas de cellule vésicale à proprement parler. M. Lannois les a signalées dans les vessies à colonnes et les a rencontrées aussi dans les coupes de paroi de cellules qu'il a pratiquées ; pour lui, elles existent dans toute la muqueuse qui tapisse la cellule, mais il ne signale pas leur plus grande netteté et leur développement plus considérable au niveau de la partie interne des colonnes musculaires, disposition qui nous a frappé au premier examen, dans les deux pièces que nous avons eues à notre disposition, et dont la constitution de la

couche conjonctive sous-jacente nous a donné, pensons-nous, une explication suffisante. Nous y reviendrons.

La muqueuse, sur chaque colonne, nous a paru normale, ayant son épaisseur habituelle, plutôt amoindrie qu'exagérée et sans sinuosités. Dans son intérieur, sur nos coupes, les vaisseaux capillaires présentaient un calibre régulier, mais un peu plus considérable que d'ordinaire; peut-être étaient ils relativement moins nombreux en ce point que dans la muqueuse qui revêt la paroi de la cellule.

Entre les colonnes, le chorion de la muqueuse est formé de tissu conjonctif à fibres plus lâchement unies les unes avec les autres; les faisceaux présentent un certain écartement et sont distribués moins régulièrement. Aussi, son aspect est-il moins feutré, moins lamelleux, moins dense qu'au niveau des faisceaux charnus en saillie. Son épaisseur varie à peine, qu'on la considère au fond de la cellule ou près des faisceaux musculaires par lesquels cette dernière est limitée. L'existence des sinuosités semble augmenter un peu l'épaisseur de la muqueuse, mais, en réalité, c'est bien peu de chose. En tout cas, la différence d'épaisseur ne nous paraît pas avoir une grande importance sur les coupes dont il s'agit, quand on compare celle de la muqueuse vésicale elle-même, celle de la muqueuse de la cellule et celle de la muqueuse qui recouvre les fibres charnues. Le tissu conjonctif du chorion au niveau de la poche vésicale est très riche en cellules, ce qui est très visible sur des préparations colorées par l'hé-

matoxyline et les capillaires qui apparaissent sectionnés de différentes façons, sont abondants entre les dépressions formées par les plis de la muqueuse.

M. Launois, dans sa thèse (1) ayant tout particulièrement sur les modifications du tissu conjonctif de la couche sous-muqueuse et sur les rapports de cette couche avec la face profonde de la muqueuse de la cellule d'une part, et d'autre part avec les faisceaux musculaires sous-jacents, notre attention a de suite été attirée de ce côté et nous avons cherché à vérifier les assertions qu'il avance.

La couche sous-muqueuse est dans cette pièce constituée de deux façons différentes, suivant le point considéré. En général, elle est formée de fibres de tissu conjonctif plus ou moins lâchement unies les unes aux autres, très irrégulières dans leur distribution et courant dans toutes les directions. Cette disposition est moins nette au niveau des piliers charnus et en ce point cette couche est plus dense. On voit, accolées à côté des faisceaux de ces fibres, les cellules fixes de ce tissu, mais elles sont en moins grande quantité que dans le chorion de la muqueuse. On y trouve des vaisseaux en assez grande quantité ; cette couche mal délimitée dans tous les sens et qu'on pourrait à la rigueur considérer comme la partie profonde de la muqueuse, se confond insensiblement avec la face adhérente de cette muqueuse et avec la gangue conjonctive des faisceaux musculaires immédiatement placés au-dessous.

(1) Loc. cit., p. 50.

L'existence de la couche muqueuse comme couche distincte doit être considérée comme très nette au niveau de ce qu'on peut appeler le fond de la cellule vésicale, et en ce point sa texture est vraiment peu serrée, puisque sur toutes nos préparations, faites cependant avec le moins de tiraillements possible, la muqueuse est constamment décollée des couches musculaires sous-jacentes. Même à l'œil nu, en effet, sur nos coupes examinées par transparence, on voit très bien qu'il a suffi d'un très léger tiraillement pour produire cet écartement des deux couches.

Au niveau des colonnes musculaires, nous devons avouer qu'il n'en est plus ainsi. En ce point, la couche celluleuse est sinon moins épaisse, du moins plus dense et plus feutrée qu'ailleurs ; elle est absolument confondue avec la face profonde de la muqueuse et la gaine conjonctive des faisceaux musculaires. Ce feutrage et l'adhérence des couches sous-muqueuses sont plus marqués encore sur la partie interne des colonnes musculaires au point où la muqueuse forme des sinuosités plus profondes et plus nombreuses. Sur la partie externe, l'adhérence est bien moins accentuée et la couche sous-muqueuse reprend son caractère normal, qui est la laxité à mesure qu'on gagne la paroi vésicale proprement dite. La partie *musculaire* de la paroi est très bien visible dans cette cellule vésicale.

Examinons la constitution d'une colonne musculaire et d'autre part la partie musculaire de la paroi comprise dans l'intervalle de ces colonnes.

Chaque colonne, comme l'a signalé M. Launois, est

formée sur une coupe, d'un côté par trois îlots, de l'autre par un îlot, à contours réguliers, séparés les uns des autres par une gangue de tissu conjonctif sous forme de bandelette inégale colorée en rose par le microcarmin. Ces îlots représentent la coupe de faisceaux musculaires cylindriques ou à peu près, entourés de manchons formés de fibres conjonctives assez denses.

Nous n'insistons pas sur la structure de ces faisceaux longitudinaux qui sont formés eux-mêmes par l'agglomération de faisceaux plus petits, décomposables, en fin de compte, en éléments musculaires très reconnaissables. Nous préférons faire remarquer que, dans l'intervalle des colonnes et dans ce cas qui nous occupe, *la partie musculaire de la paroi est bien conservée. Son épaisseur est au moins égale à celle de la muqueuse.*

Elle est constituée par des faisceaux de fibres musculaires, horizontaux ceux-là, ou peu s'en faut; quelques faisceaux qui, d'ailleurs, sont grêles, sont longitudinaux. Ces faisceaux passent en dehors de ces colonnes; aussi la paroi de la vessie est-elle au niveau des colonnes plus épaisse qu'au fond de la cellule. Du tissu conjonctif peu dense réunit ces faisceaux et des vaisseaux circulent dans les espaces interfasciculaires. Enfin, sur les coupes on trouve une faible couche de tissu conjonctif lâche présentant un grand nombre de vésicules adipeuses et des vaisseaux sanguins volumineux. Cette zone celluleuse est celle qui permet à la vessie d'adhérer faiblement aux organes voisins, péritoine ou autres. Bien entendu, nous n'a-

vons pas trouvé deglandes dans la paroi de cette cellule; en effet, d'une part, les glandes du bas-fond de la vessie sont niées par la plupart des histologistes, et d'autre part, il y a tout à parier pour que cette cellule ne siègeât pas au niveau du trigone.

Description de la cellule de l'observation LII. — Cette cellule dont l'orifice de communication avec la vessie est limité par quatre faisceaux musculaires, disposés comme les côtés d'un losange, diffère de celle de l'observation précédente non seulement par son volume, qui est moins considérable, mais aussi par la forme de son orifice qui est plus rétréci et moins large que la cellule elle-même, de telle façon qu'il existe une sorte de collet.

Examen microscopique. — Pièce durcie dans l'alcool au lieu d'être conservée dans le liquide de Muller. Même technique que dans l'observation précédente; sur les coupes pratiquées comme ci-dessus et comprenant toute l'étendue de la cellule on a retrouvé ici les différentes parties qui entrent dans la constitution des parois des petites cellules vésicales; mais on a jugé superflu de décrire aussi minutieusement ce qu'on observe sur cette pièce pour éviter des répétitions inutiles. Dans cet examen on insistera principalement sur les particularités non signalées dans l'observation de Bouvier.

Pas d'épithélium constatable en aucun point des coupes, pour les raisons déjà énoncées.

Les sinuosités de la muqueuse existent ici et sont encore, dans ce cas, plus profondes que partout ailleurs au niveau de la partie interne des colonnes musculaires, lesquelles sont très épaisses. Ces sinuosités sont analogues à celles déjà décrites, mais relativement moins nombreuses.

D'un côté de la cellule, la colonne musculaire fait une saillie si considérable qu'on constate à sa partie externe, au point où la muqueuse qui la recouvre se continue avec le reste de la muqueuse vésicale, plusieurs plis assez accentués et dont nous avons signalé l'absence dans l'observation précédente. La présence de ces plis en dehors de ces faisceaux s'explique par son développement exagéré de ce côté-là; ceci, d'ailleurs, ne se rencontre pas du côté opposé dans cette cellule. La muqueuse est ici un peu plus épaisse au fond de la cellule et sur le reste de la muqueuse vésicale que près de son orifice. Entre les colonnes, le chorion de la muqueuse est formé par du tissu conjonctif peu dense avec de très nombreuses cellules dont beaucoup sont plutôt arrondies qu'ovales et plus granuleuses que les cellules du tissu conjonctif normal. On y trouve de nombreux vaisseaux sanguins volumineux, sectionnés en travers dans la coupe. Au niveau de ces colonnes, le tissu conjonctif a une texture plus serrée et contient moins de cellules. Mais nous sommes loin de voir encore là une augmentation d'épaisseur notable; les froncements, à l'endroit où ils sont le plus prononcés, contribuent à exagérer l'illusion, mais,

somme toute, il n'y a certes pas une différence de $\frac{1}{4}$ de millimètre.

La couche sous-muqueuse est partout confondue avec la muqueuse et la gangue conjonctive des faisceaux musculaires, elle a une structure dense, plus feutrée que d'habitude, aussi bien dans un point que dans un autre. Au niveau des colonnes musculaires, on peut, à la rigueur, en nier l'existence, tellement est intime sa fusion avec la muqueuse.

Dans l'intervalle des colonnes, au fond de la cellule, l'adhérence existe, mais est moins forte, le tissu est moins feutré, les fibres disposées plus irrégulièrement, moins serrées; mais dans nos préparations on ne constate pas cette séparation de la couche muqueuse et de la couche musculaire, se produisant facilement pendant les manipulations des coupes et indiquant une très grande laxité relative de cette couche celluleuse, comme nous l'avons vu dans l'observation précédente. En tout cas, son épaisseur, qui ne peut être évaluée qu'approximativement, vu ses limites indéfinies, n'est certainement pas augmentée. Par contre les vaisseaux sont moins abondants et les cellules conjonctives plus nombreuses que dans la couche analogue de la paroi décrite ci-dessus. Nous avons même trouvé un petit faisceau de fibres musculaires horizontal que nous considérons comme erratique et comme perdu au milieu de cette couche, à moins qu'on ne veuille considérer ce faisceau comme faisant partie de la couche musculaire sous-jacente, ce qui réduirait presque à zéro l'épaisseur de la couche sous-mu-

queue au niveau du point où s'observe ce faisceau musculaire. La couche musculaire doit, comme nous l'avons déjà fait, être envisagée successivement dans les deux parties qui la constituent. Les colonnes musculaires sont très développées ici; d'un côté le pilier charnu fait tellement saillie dans la vessie qu'il ne paraît sur la coupe réuni à la paroi vésicale que par une sorte de méso-conjonctif, épais, il est vrai, mais bien marqué. De l'autre côté, la colonne charnue est aussi très importante, mais fait moins saillie. Comme d'ordinaire, ces colonnes sont composées par plusieurs faisceaux de fibres musculaires dont l'un est toujours plus volumineux que les autres. Il n'y a rien de particulier à signaler dans la structure de ces faisceaux.

La partie musculaire de la paroi comprise entre les colonnes est analogue à celle de la paroi de la cellule précédemment décrite, mais est un peu moins puissante; ce sont des faisceaux longitudinaux ou légèrement obliques plongés dans une gangue conjonctive.

On trouvera exposé plus loin (voir obs. XLVIII) le résultat de l'examen microscopique de notre excellent ami M. Baudouin, interne des hôpitaux, sur les grandes cellules; on remarquera qu'il n'a pas découvert de fibres musculaires sur la paroi de la cellule.

CHAPITRE III.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

Les cellules vésicales sont-elles *fréquentes* ?

Il n'est pas très facile de résoudre cette question. La lecture des auteurs donne les renseignements les plus contradictoires. Houstet (1), dans son mémoire, conclut ainsi : « Les vessies à cellule sont plus communes qu'on ne pense. » Civiale (2), qui admet la grande fréquence de cette disposition morbide, dit « qu'on la trouve à peine mentionnée dans des ouvrages estimés et que d'autres l'ont rangée parmi les cas rares ». Cependant, Morgagni et Chopart n'en citent que quelques exemples. Quant à nous, nous sommes convaincu qu'on ne peut pas admettre la rareté ou la fréquence des cellules vésicales, en se basant uniquement sur les observations publiées des auteurs. En effet, nous avons eu la curiosité de rechercher tous les cas publiés dans les Bulletins de la Société anatomique, nous avons examiné les pièces du musée Dupuytren, et nous ne sommes pas arrivé à un total de soixante observations. D'autre part, pendant les dix-

(1) Houstet. Loc. cit., p. 402.

(2) Civiale. Loc. cit., p. 5.

huit mois que nous avons suivi le service de M. le professeur Guyon, nous avons vu une grande cellule et un nombre bien plus considérable de petites cellules au début. Mercier, voulant démontrer la relation intime qui existe entre les cellules et certaines perforations spontanées de la vessie, réunit en quelques années une dizaine d'observations qui font la base de son mémoire paru en 1836. Et pourtant dans les Bulletins de la Société anatomique, nous le répétons, il n'y a pas 60 observations. Le simple raisonnement que nous venons de faire nous paraît démontrer que tous les cas n'ont pas été publiés. Souvent peut-être les cellules au début, dont la cavité est masquée par le rapprochement des faisceaux musculaires qui en limitent l'orifice, n'ont pas attiré l'attention des observateurs.

Désirant appuyer notre opinion sur une série de faits incontestables, nous nous sommes adressé à notre ancien interne, M. Hartmann, qui a bien voulu nous communiquer ses notes d'autopsie de malades morts par suite de lésions des voies urinaires pendant l'année 1885.

1^o Baptiste. Rétrécissement de l'urètre. Carcinome prostate. Petites cellules.

2 X. Tuberculose urinaire. Pas de cellule.

3^o Martinel. (Voir observation LII). Cellule au début.

4^o X. Calculeux. Taille hypogastrique par M. Campenon. Pas de cellule.

5^o Ledret. Urétrotomie interne et externe. (Mort de pneumonie). Vessie à colonnes.

6° Guilbert. Prostatique. (Anévrysme aorte). Vessie à colonnes.

7° Flèche. Carcinome du rein. Vessie saine.

8° Maunoury. Néoplasme vésical. Pas de cellules.

9° Coutin. Rétention incomplète. Myélite diffuse. Pas de cellules.

10° Maucotel. Infiltration d'urine. Quelques reliefs musculaires. Pas de cellules.

11° Leisestre. Abscès péri-urétral. Erysipèle phlegmoneux. Vessie à colonnes.

12° Alfagard. Rétrécissement traumatique. Vessie à colonnes. Pas de cellules.

13° Bouvier. (Voir obs. LI. Cellule au début).

14° Martin. (Voir obs. XLVIII. Très-grande cellule).

Nous trouvons donc quatre vessies à cellules sur 14 autopsies de malades morts par suite de maladies des voies urinaires.

Cette statistique indique une assez grande fréquence des petites cellules vésicales; les grandes cellules, telles que celles qui atteignent le volume d'une tête d'enfant, sont au contraire d'une grande rareté.

Sexe. — Chez les femmes, les vessies à cellules sont excessivement rares. En effet, dans toutes nos recherches, nous n'avons pu en trouver que deux exemples. Le premier est dû à M. Liouville. (Obs. XXXVII.)

L'histoire clinique n'explique pas la pathogénie de cette disposition morbide. Le deuxième est très intéressant. (Voir obs. XLI.)

Nous voyons dans la relation de l'autopsie qu'un calcul du volume d'un petit œuf de poule enchatonné dans le trigone vésical comprimait l'extrémité inférieure des uretères et, arrêtant l'excrétion urinaire, a amené la mort par urémie.

Chez les enfants, la rareté des cellules vésicales n'est peut-être pas moins grande que chez les femmes. Nous en publions trois observations. (Obs. IV, XXIX, XXXVI). Seule la dernière nous paraît absolument démonstrative : il s'agit en effet d'un enfant qui a eu des troubles de la miction d'origine traumatique pendant plusieurs années et qui avait « *une véritable vessie de vieillard* ». Dans les deux premières observations, remarquons d'abord qu'il n'y a pas eu d'autopsie. Le siège de la cellule était en haut, aussi nous pensons qu'on peut soutenir qu'il y avait une persistance de l'ouraque à sa partie inférieure. « La dernière partie du canal allantoïdien appelée ouraque (1) s'oblitérerait vers le milieu de la grossesse souvent plus tôt, quelquefois un peu plus tard. Il n'est pas extrêmement rare de la trouver encore perméable à la naissance. Si ce travail d'oblitération marchant de l'ombilic vers la vessie s'arrête par une cause quelconque à quelques centimètres du sommet de l'organe où s'implante l'ouraque, il y aura en ce point une véritable poche où des calculs pourront se développer ». Cette rareté des cellules vésicales chez les femmes et les enfants ne doit

(1) Lemaire. Etude sur les calculs enchâtonnés. Thèse Paris, 1877.

pas paraître extraordinaire ; nous allons voir en effet que cette disposition morbide a pour causes des troubles de la miction. Or ces troubles sont, on le comprend, rares chez les femmes et les enfants.

La plupart des auteurs, voulant donner une explication du mécanisme des cellules vésicales, ont été frappés des rapports constants qui existent entre cette disposition morbide et les troubles de la miction. Houstet (1) s'exprimait ainsi : « Je crois que les cellules dont on vient de parler sont presque toujours la suite des rétentions d'urine et qu'elles peuvent être regardées comme des hernies de la membrane interne de la vessie qui, dans sa dilatation, a permis le déplacement des fibres charnues. »

Chopart (2) expose longuement les conditions de formation des cellules : « Les causes, dit-il, qui favorisent la formation de ces poches vésicales, sont tout ce qui s'oppose à la sortie de l'urine par l'urèthre et ce qui peut affaiblir une portion de la tunique musculaire de la vessie. Alors l'urine s'amasse dans ce viscère, elle en distend les parois, elle applique fortement la membrane interne contre la tunique musculaire qui la recouvre, et si quelque point de cette tunique est plus faible, elle offre moins de résistance contre l'urine. La membrane interne, forcée de s'étendre par ce liquide qui s'y amasse, agira avec plus de facilité sur ce point affaibli, écartera les faisceaux de la tunique musculaire,

(1) Mémoire cité, p. 402.

(2) Loc. cit., p. 45.

se fera jour à travers, et n'aura plus qu'à soulever et à distendre la membrane externe de la vessie. Cette poche ainsi formée prendra par degrés plus d'expansion, suivant la durée de la résistance du col de la vessie ou de l'urèthre à l'éjection de l'urine. Beaucoup d'observations appuient cette théorie, puisque ceux qui ont eu de semblables poches vésicales étaient sujets à la difficulté d'uriner par des vices du col de la vessie, de l'urèthre ou de la prostate. »

Cruveilhier (3) décrit le mécanisme intime de la formation de ces cellules, et établit « que la hernie tuniquaire se fait non par distension, mais par *contraction* » ; l'urine trouvant sur sa route un obstacle, que cet obstacle soit une hypertrophie de la prostate ou un rétrécissement de l'urèthre, est fortement comprimée dans tous les sens. Mais comme elle ne rencontre pas une égale résistance dans tous les points des parois de la vessie, elle tend nécessairement à déplacer la muqueuse dans les points où cette dernière est à peine soutenue par la couche musculaire, et cette tendance est d'autant plus grande que cette couche musculaire est elle-même plus vigoureuse. En un mot, la vessie se contractant, fait des *efforts* qui mettent l'urine sous une certaine pression ; or, cette pression se transmettant à la paroi, chasse la tunique muqueuse entre certains faisceaux de la tunique musculaire écartés.

Nous avons analysé les cinquante-trois observations qui sont à la suite de notre thèse, afin de savoir quelle

(3) Loc. cit., p. 593.

était la cause précise qui, ayant amené des troubles de la miction, avait produit la hernie tuniquaire de la vessie. Nous avons à regretter que souvent les auteurs aient négligé de rapporter l'histoire de la maladie, de dire quel était l'état de la prostate ou de l'urèthre. Souvent ils se contentent de décrire les cellules vésicales, et ne parlent pas des autres lésions de l'appareil urinaire. Dans la plupart des observations où la cause de la lésion était indiquée, nous avons trouvé la prostate hypertrophiée, quelquefois le canal rétréci, dans quelques cas ces deux affections se trouvaient réunies. Dans les observations XVII et XXV la valvule de Mercier doit être incriminée ; dans les observations XXXIII (hypertrophie de la prostate), XL, XLVI, L, LII, c'est une rétention d'urine ; dans les observations III et IV c'est un calcul dans l'urèthre ; dans l'observation XIX ce sont des calculs logés dans une prostate détruite ; dans l'obs. I c'est un sarcôme de l'urèthre et une hypertrophie de la prostate ; dans un cas de Voillemier, obs. XIX, la prostate n'est pas volumineuse, plutôt atrophiee ; l'urèthre est normal ; il est impossible de trouver la cause de la cellule ; même remarque doit être faite pour les deux observations de calcul enchatonné chez la femme que nous avons relatées plus haut.

« Ce n'est pas seulement, dit Chopart, dans les cas de vices de l'urèthre ou de la prostate que l'on observe ces poches vésicales. Elles peuvent aussi se former à

(1) Chopart. Loc. cit., p. 55.

l'occasion de pierres situées dans la vessie sans qu'il y ait aucune affection au col de ce viscère à l'urèthre ni à la prostate ». En effet, il cite la relation d'une autopsie qui démontre ce fait: on voyait sur les côtés de la vessie deux poches qui communiquaient dans sa cavité; la pression des doigts y faisait passer l'urine qu'elle contenait... Le col de la vessie était sain, de même que le canal de l'urèthre qui était libre. La prostate avait peu de volume. Il est probable que dans ce cas la seule présence de la pierre, portée vers le col de la vessie et qui causait la difficulté d'uriner, a pu déterminer la formation de ces deux poches vésicales.

CHAPITRE IV.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC.

Les symptômes et le diagnostic des cellules vésicales peuvent être difficilement traités à part. Car il n'est peut-être pas de disposition morbide qui se révèle par moins de symptômes que les cellules vésicales. Dans ce chapitre plus que dans aucun autre il importe de conserver la division entre les petites cellules au début, de la grosseur d'un petit pois ou d'une noisette, et les grandes cellules qui atteignent le volume de la tête d'un enfant. En effet, tandis que ces dernières ont quelques signes qui leur sont propres, les premières sont absolument silencieuses.

Supposons un malade porteur d'une vessie à grandes cellules. Dans ses antécédents, il aura présenté des troubles du côté des voies urinaires qu'il faudra rapporter le plus souvent à une hypertrophie de la prostate, quelquefois à un rétrécissement de l'urètre. On découvrira dans la région hypogastrique une tumeur, un gonflement, une saillie, une sorte de bosselure à la surface externe de la vessie distendue par l'urine, qui s'affaîssera par la pression, et déterminera un impérieux besoin d'uriner. Une injection vésicale étant faite, la tumeur reparaitra de nouveau.

Ces symptômes sont d'une *rareté extrême* ; à peine les trouve-t-on signalés dans quelques observations. Nous en citons deux exemples très-intéressants (voir observation I et surtout l'observation II de Chopart). Civiale (1) rapporte un pareil cas dû à Ledran, cas qui n'est pas incontestable, puisque l'autopsie n'a pas été faite : Un homme avait une rétention d'urine. Outre la tumeur que formait la vessie, on en apercevait, à côté du muscle droit, une autre plus élevée et qui céda sans peine au poids de la main. L'écoulement de trois litres d'urine par la sonde fit disparaître la tumeur vésicale, et une pression exercée sur la saillie supérieure amena la sortie d'une nouvelle quantité d'urine. Le malade fut alors soulagé, mais il mourut peu de jours après. Ledran pensa que la seconde tumeur était due à une cellule.

Le diagnostic des petites cellules ne peut pas être fait. Nous savons en effet par l'anatomie pathologique qu'elles communiquent avec la vessie par d'étroits orifices, et qu'elles ne font pas de saillie appréciable à la surface du réservoir urinaire. A peine peut-on présumer leur existence si le bec d'une sonde s'est heurté à des colonnes musculaires très-prononcées. Il n'en est pas de même pour les grandes cellules, car ce diagnostic est possible, mais il est porté bien rarement. De toutes les observations publiées à notre connaissance, il n'y en a que deux dans lesquelles le diagnostic ait été fait.

« Les malades, dit Chopart, qui ont cette espece de

(1) Civiale. Loc. cit., p. 16.

hernie vésicale urinent peu à la fois, souvent et avec de grands efforts. Ils éprouvent bientôt un nouveau besoin d'uriner après avoir rendu l'urine contenue dans la vessie; ils ne peuvent y satisfaire de suite et qu'après avoir changé de position, après avoir pressé la région hypogastrique avec leurs mains et fait agir le diaphragme et les muscles abdominaux pour comprimer la tumeur vésicale qui est sans action et pour repousser dans la vessie l'urine que cette poche peut contenir. »

Le palper abdominal et le toucher rectal pourront rendre de grands services pour faire le diagnostic. L'existence d'une tumeur dure dans un des points de l'hypogastre et surtout dans l'une des régions latérales (nous avons vu que c'était un des sièges de prédilection des cellules), lorsqu'on reconnaît par la sonde que la vessie n'a pas une capacité proportionnée, la tumeur ne se vidant que par la pression et donnant alors lieu à un écoulement d'urine abondante, purulente et fétide, la matité disparaissant alors, semblent des signes très-précieux. La pression sur ces tumeurs est souvent douloureuse, car elles sont souvent enflammées, et l'urine qu'elles renferment est souvent mélangée à du pus, aussi l'évacuation de la vessie donne, à certains moments, des urines très-sales, à d'autres, des urines beaucoup moins troubles et en moins grande quantité. (Voir obs. XLIII). Le malade fut pris subitement d'une envie d'uriner. Il rendit en un seul jet une quantité de pus que l'on peut évaluer à 35 grammes. Ce pus très-fétide n'était mélangé qu'à une quantité minime d'urine. Mais on ne fit pas le diagnostic de cellule

vésicale et l'on pensa à la possibilité d'un abcès extravésical ouvert dans la vessie.

Civiale (1) insiste beaucoup sur l'évacuation de la vessie pour arriver au diagnostic. Voici quel était son procédé : « J'introduis une sonde dans la vessie et je laisse couler tout ce que contient ce viscère. L'instrument est maintenu en place, je l'enfonce et le retire successivement d'une petite quantité. Le malade est engagé à faire de légers mouvements d'inclinaison à droite et à gauche ; si un peu de liquide s'échappe, je sollicite le sujet à pousser, j'exerce une pression sur l'hypogastre et je note avec soin s'il coule encore de l'urine. Je cesse la pression, pour recommencer un instant après et remarquer encore si j'obtiens une nouvelle quantité de liquide. Cela fait, j'injecte dans la vessie assez d'eau pour la remplir, jusqu'à ce que le malade éprouve un fort besoin d'uriner ; puis, au moment où le liquide s'écoule, je répète les manœuvres ci-dessus. Si le même résultat a lieu un certain nombre de fois... , je suis porté à croire qu'il existe des cellules. »

Mercier, dans le Bulletin de la Société anatomique, (1838, pages 288 et 289), pense qu'on peut faire directement le diagnostic des cellules vésicales par le cathétérisme. « Je crois, dit-il, qu'en dirigeant du côté de la tumeur le bec de l'instrument dont je me sers pour explorer la prostate, il ne serait pas difficile de l'engager dans la poche accessoire. » Vouloir faire le dia-

(1) Civiale. Loc. cit., p. 19. Compte rendu Académie des sciences, 21 mars 1836.

gnostic d'une cellule vésicale avec une sonde, c'est courir presque fatalement au devant d'une erreur de diagnostic. Cette opinion ne peut plus être contestée depuis que notre maître, M. le professeur Guyon (1), a fait connaître le résultat de ses expériences sur la sensibilité et les *contractions irrégulières* de la vessie, expériences qu'il a faites au lit du malade. « La contractilité est en effet un des ennemis principaux de l'exploration. Lorsqu'elle s'éveille, elle veut agir sur l'instrument comme elle a mission d'agir sur l'urine. Elle veut l'expulser. Dès lors la vessie se rapproche le plus qu'elle peut de la sonde, s'y applique, la gêne dans ses mouvements, ne lui obéit qu'avec résistance. » Et plus loin, page 890, M. Guyon, continue : « La vessie peut offrir d'autres déformations, elle peut offrir par exemple cette déformation comme sous le nom de cellules, mais elle peut vous présenter des déformation beaucoup plus communes et très-capables de vous en imposer, en vous faisant croire que vous êtes en présence d'une cellule. Nous voulons parler de ces déformations dues aux contractions irrégulières que l'on observe surtout dans les vessies anciennement malades. »

La dilatation du bas fond de la vessie a pu quelquefois en imposer pour une cellule ; chez la femme elle s'observe dans le cas de cystocèle vaginale : on verra dans le vagin une tumeur arrondie, à base très-large, réductible, augmentant par les efforts et la toux.

(1) Guyon. Leçons cliniques, p. 871.

Peut-être s'agissait-il d'une cystocèle vaginale dans l'observation suivante rapportée par Morgagni (1).

En effet parlant de la formation de petits sacs par des calculs (on sait que Morgagni décrit les cellules sous le nom de sac) il s'exprime ainsi : « Vous comprendrez facilement ce que c'était sur une dame que cette tumeur qui était suspendue aux parties génitales et après l'incision de laquelle il sortit un gros calcul avec de l'urine, après quoi il resta une incontinence de ce liquide ou plutôt une strangurie dépendante de la non entière guérison de la plaie qui avait été faite. Au surplus, ces deux observations et une autre de Dodonée qui peut paraître analogue, indiquent un sac formé ou du moins agrandi autant par le poids des calculs que par l'impulsion de l'urine, sac qui se trouvait à la partie inférieure de la vessie. »

Il nous reste enfin une dernière question de diagnostic que nous pouvons appeler *anatomique*. Certaine disposition de l'hémisphère inférieur de la vessie, bien étudiée par Ledran, ne doit pas être prise pour un diverticulum vésical. « J'ai souvent observé, dit cet auteur, et d'autres l'ont observé comme moi, que dans les vessies qui ont souffert, il se fait à l'endroit où elles sont collées sous le rectum, un peu plus haut que leur orifice, il se fait, dis-je, une espèce de crispation ou tension sur les fibres névropathiques qui viennent à l'insertion d'un uretère à l'autre. Ces fibres tendues font une espèce de ligament en bande un peu saillante, placé à 1 pouce $\frac{1}{2}$

(1) XLII Epist., p. 567.

de l'orifice, selon que la vessie est plus ou moins racornie, ce qui semble la partager en deux portions inégales, l'une petite et antérieure, l'autre plus grande et postérieure lorsque le malade est couché (2) ». Cette saillie très-prononcée du « muscle des uretères de Bell » a comme conséquence une exagération du bas-fond. Mais ce qui différencie nettement cette dilatation des grandes cellules, c'est qu'elle porte sur tout le bas-fond ; en outre, elle se fait aux dépens de toutes les couches de la paroi de la vessie et l'orifice est toujours plus large que la partie la plus déclive. Voillemier et Le Dentu la comparent très-justement à un filet à papillons.

Quand les cellules vésicales sont très grandes, comment les distinguer des vessies doubles et triples ? Et d'abord ces vessies doubles existent-elles ? Nous sommes convaincu qu'elles sont extrêmement rares, mais elles existent. Le professeur Guyon, dans une clinique faite au mois de mars 1885, montrait une pièce de son musée N° 62, due à M. Hutinel et qui est certainement une vessie double. L'examen microscopique a été fait. Dans les deux poches se trouve la même et abondante couche musculaire. « L'ouverture qui fait communiquer les deux cavités présente le volume d'une pièce de un franc. L'uretère gauche ayant son volume habituel s'ouvre dans la cavité anormale, le droit dans la vessie. »

M. Sappey (1), tout en insistant sur l'unité de la

(1) Houstet. Mém. cité, p. 310.

(2) Sappey. Traité d'anatomie descriptive, t. IV, 3^e édit., p. 559.

vessie, attribut qui lui est commun avec tous les organes impairs et médians, parle d'une thèse de M. Charvet, soutenue en 1827, à l'Académie des sciences, « qui a démontré, par des faits parfaitement authentiques, la réalité du cloisonnement de la vessie qui est partiel et complet et qui partage la cavité vésicale en deux cavités symétriques. Plusieurs faits sembleraient attester que cette cloison peut être formée de deux lames, qu'elle peut être produite en d'autres termes par l'adossement de deux poches. Si cette dernière disposition était établie, il faudrait admettre que dans certains cas de la plus extrême rareté, la vessie est réellement double. »

Nous trouvons dans Morgagni (XLII^me, page 577 et 581) ces lignes vraiment extraordinaires au sujet de l'anomalie de nombre de la vessie « ... Ce n'est pas que j'ignore que la vessie a été réellement quelquefois double dès la naissance, puisque je sais qu'elle a été non seulement triple, mais encore quintuple. En effet, Molinetti fit voir publiquement sur une femme *cinq vessies*, autant de reins et six uretères, dont deux s'inséraient à la plus grosse vessie et chacun des quatre autres à une des quatre plus petites, lesquelles envoient l'urine dans la plus volumineuse par de petits tubes particuliers. Lorsqu'on rencontre deux ou plusieurs vessies qui communiquent entre elles et que, par un certain mode de structure, elles ne paraissent pas exister toutes depuis la naissance, comme par exemple, si aucun uretère ne se rend à quelqu'une d'entre elles et que celle-ci ne puisse pas paraître avoir été formée par

la dilatation de l'ouraque, il ne faudra pas la regarder comme une autre vessie, surtout s'il y a un calcul, ou s'il a existé antérieurement une strangurie ou une dysurie, ou une fréquente rétention d'une grande quantité d'urine, comme cela a lieu fréquemment chez les buveurs, mais il faudra la prendre plutôt pour une hernie de la vessie naturelle, c'est-à-dire pour un petit sac produit par la violence de la maladie. »

L'absence d'uretère et de fibres musculaires dans un diverticulum vertical devra faire toujours abandonner l'idée d'une vessie double.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS

Nous n'avons rien trouvé dans la littérature médicale qui fût directement applicable aux complications des petites cellules vésicales. Il n'en est pas de même pour les grandes cellules. En effet, ces poches privées de couches musculaires, n'étant pas contractiles, amènent parfois des accidents terribles qui ont enlevé la vie à plusieurs malades.

Une des complications les plus fréquentes est certainement un état inflammatoire de leurs parois, qui amène une production de pus interminable. (Voir obs. XIII-42-43). Mais là ne s'arrête pas la marche de la lésion, la muqueuse cellulaire peut, en effet, devenir le siège d'un travail ulcératif. Mais quelle est la conséquence de cette ulcération ? Produit-elle simplement une adhérence intime avec les vessies, détruisant la muqueuse ou la transformant en une sorte de membrane pyogénique ? Ce travail inflammatoire va-t-il jusqu'à la perforation ? Cette question a été étudiée par M. Mercier. En 1836, il publia, dans la *Gazette Médicale* (1) un mémoire « sur certaines perforations spontanées de la vessie » et démontra, pièces anatomo-

(1) *Gazette médicale*, 1836, p. 256.

miques en mains, que ces ulcérations à bords nettement taillés, à fond parsemé tantôt de taches rouges, tantôt de petites eschares gangreneuses (voir obs. 9), se développant parfois d'une manière insidieuse, sans avoir été précédées par une inflammation chronique très franche, ont une tendance marquée vers « la perforation spontanée. » Cette opinion ne fut pas admise sans contestation. (Voir obs. XII).

Beaucoup d'auteurs soutenaient que ces prétendues perforations spontanées de la vessie étaient dues à la pression de la sonde à demeure. Mais, dans la suite, Mercier publia des observations où l'action de la sonde à demeure ne pouvait plus être incriminée, et refuta ainsi la principale objection.

Cette perforation étant produite, quelles en sont les suites ? S'il y des adhérences, tantôt la perforation aboutit à une fistule vésico-intestinale (voir Mémoire de Mercier), tantôt à une fistule s'ouvrant à l'extérieur (voir obs. III, les bords de la fistule se froncèrent comme l'ouverture d'une bourse) ; s'il n'y a pas d'adhérence, une péritonite se déclare et est rapidement mortelle (voir obs. 44). On y verra combien est aggravé par une cellule le pronostic de la lithotritie.

M. Houël (1), dans sa thèse d'agrégation, s'est demandé si la cellule vésicale ne serait pas une cause prédisposante des *ruptures spontanées* de la vessie (2)

(1) Houël. Des plaies et des ruptures de la vessie. Th. agrég., 1857.

(2) Nélaton. Eléments de pathologie chirurgicale, tome V, p. 162.

et il a en effet trouvé plusieurs observations qui confirment cette opinion. Elles sont au nombre de trois, celle qui est consignée sous le N° 40 de la thèse de Houel est relative dans tous ses détails à la fin de notre étude (voir obs. XII). Nous citons les deux autres observations : N° 38. « Homme, 32 ans. Causes : gonorrhée, hypertrophie de la prostate. Siège de la rupture : à la face postérieure, elle présentait trois valves ; la vessie était dans ce point amincie, mais sans trace d'ulcération. (M. Arthur Garry. The lancet. 1828-29, vol. 1, page 25.)

« N° 41. Homme, 70 ans. Hypertrophie considérable de la prostate. Rupture située au bas-fond et à gauche ; elle avait de 3 à 4 lignes de diamètre. Bords amincis. (M. Tauchon, Arch. génér. de Méd., t. XXII, 1^{re} série.)

On remarquera dans les détails de ces trois autopsies l'état de l'orifice les bords de la rupture sont très minces, l'orifice est moins régulièrement transversal ou vertical que dans la rupture traumatique. Reste enfin un caractère très important, l'altération des parois de la vessie qui, au siège des ruptures, ne présente pas de fibres musculaires.

Il arrive quelquefois que les cellules vésicales donnent asile à des calculs, on dit alors que les calculs sont *enchatonnés*. Une des plus belles observations se trouve dans Morgagni : Epist. XLII, page 574. Holzappel fait mention de 32 calculs, tous enfermés dans des tumeurs propres et se touchant entre eux au point que, comme les abeilles qui sont dans leurs cellules remplissent le rayon, de même ces calculs placés

chacun dans son alvéole remplissaient toute la cavité de la vessie en laissant seulement un petit méat pour l'urine. Nous citons à la fin de notre thèse plusieurs observations de calculs enchatonnés, une est inédite. (Obs. 49). Nous y reviendrons dans un instant. Les auteurs ont émis les opinions les plus variées sur la formation de ces calculs. Littre croyait que le calcul venant des reins s'arrêtait dans la portion la plus rétrécie de l'uretère, c'est-à-dire à l'endroit où il s'insinue entre les couches constituant les enveloppes de la vessie pour pénétrer dans la cavité de l'organe et qu'il glissait ensuite peu à peu entre la tunique muqueuse et la tunique musculieuse.

Morgagni crut un instant à la formation de ces calculs par la pénétration de ces calculs dans l'orifice des glandes de la vessie : de même, dit-il, que j'ai trouvé des calculs biliaires dans l'intérieur des glandes de la vésicule du fiel, de même des grains de sable très petits pourraient se glisser dans les cavités des glandes de la vessie par leurs orifices... Mais peu après (page 577) Morgagni sentant le peu de fondement de son hypothèse, en émet une autre plus heureuse : « Puisque j'ai appris que les orifices des petits sacs sont souvent beaucoup plus petits que les sacs mêmes, j'accorderai aussi quelque place à une autre conjecture, savoir qu'un petit calcul y étant entré, l'orifice se rétrécit davantage par une cause quelconque et se bouche entièrement ou presque entièrement.

Après les travaux de Houstet, de Chopart, de Deschamps, l'histoire des cellules vésicales fut connue et

les chirurgiens comprirent que le diverticulum était antérieur à la formation du calcul et que l'urine séjournant dans ces poches non contractiles, dépourvues de tunique musculaire, laissait déposer plus facilement les sels qu'elle renferme. Qu'un noyau se forme, il s'agrandira peu à peu par la formation de nouvelles couches concentriques ; qu'un gravier venant des reins, pénètre dans une cellule, ce gravier s'accroîtra peu à peu. D'abord le calcul pourra passer plus librement de la cavité dans la vessie et réciproquement, mais c'est un fait très rare.

Les anciens auteurs insistaient beaucoup sur ce dernier caractère. Morgagni (Epistola XLII), art. 10, s'exprime ainsi : « Mais outre que le lithotomiste peut se tromper en cherchant le calcul, puisque ce corps tantôt est dans la vessie et tantôt se cache dans un petit sac, objet dont j'ai suffisamment parlé plus haut, il peut encore arriver quelquefois, au grand détriment de sa réputation et du malade, qu'après l'incision déjà faite, on cherche en vain dans la vessie la pierre qu'on y avait sentie les jours précédents. C'est pourquoi, quand on a affaire à des sujets de cette espèce sur lesquels tantôt on sent et tantôt on ne sent pas le calcul avec le cathéter, celui qui l'a senti auparavant doit leur ordonner de faire des mouvements divers et multipliés et de prendre des positions différentes »... Et plus loin, page 387, art. 10... A quelles méprises peuvent se trouver exposés, même par cette cause, les malades et les lithotomistes, si par hasard les calculs qui étaient auparavant dans la vessie, se retirent dans

un petit sac de cette espèce, d'où ils puissent revenir de nouveau dans ce viscère, suivant les différentes positions et les différents mouvements du malade. En effet, il arrivera non seulement que sur plusieurs lithotomistes, l'un les sentira et l'autre ne les sentira pas dans des temps différents. » Pendant longtemps, cette opinion, exposée si clairement par le grand anatomiste italien, fera loi dans la science. Tillaux, dans son *Traité d'Anatomie Topographique*, l'accepte sans réserve et, parlant de ces cas bizarres et nombreux dans lesquels une pierre sentie par un chirurgien n'a pas été trouvée par un autre, ni même retrouvée plus tard par le premier, les explique par l'existence d'une grande cellule où le calcul va se loger. Loin de nous la pensée de contester de pareils faits, nous dirons simplement qu'ils sont très rares. Nous avons vu quelquefois, pendant notre année d'externat à Necker, M. Guyon être obligé de s'arrêter un instant dans une opération de lithotritie : la pierre, disparue, n'était plus perçue par le lithotriteur. Dans ce cas, que fallait-il admettre ? La disparition dans une cellule ? ou plutôt une sorte d' « encellulement » (1) par contraction de la vessie ? La question était bientôt tranchée, M. Guyon donnait l'ordre de pousser plus loin la chloroformisation, le calcul reparaissait bientôt. Aussi, M. Guyon a-t-il coutume de dire que « si les cellules peuvent abriter l'amour-propre des chirurgiens, elles donnent moins facilement asile aux calculs ». Il insiste beau-

(1) Guyon. Clinique inédite, mars 1885.

coup sur les déformations du bas-fond, les saillies de la prostate et les contractions irrégulières de la vessie comme causes d'insuccès dans l'exploration ou dans la préhension par le lithotriteur.

« Lorsque connaissant bien les difficultés qui peuvent vous empêcher de sentir un calcul ou de le saisir, vous aurez agi avec méthode pour écarter ces difficultés, il sera temps, si vous n'en triomphez pas, de croire à quelque chose d'exceptionnel et d'admettre un encellulement de la pierre. Pour notre part, nous ne saurions dire si nous en avons rencontré sur le vivant et sur le cadavre, nous n'avons jamais trouvé de cellule habitée... ; dans les autopsies de taille ou de lithotrities, nous n'avons pas constaté cette dissimulation ou cette immobilisation des calculs que les cellules pourraient certainement permettre, mais qui, en réalité, se présentent sans doute très exceptionnellement. Nous avons trop souvent, par contre, éprouvé les effets de la *contraction irrégulière* pour ne pas vous signaler avec insistance cette cause d'erreurs et de difficultés. » Depuis le jour où M. Guyon écrivait ces lignes, il a trouvé à l'autopsie un cas de calcul enchatonné. (Voir obs. XLIX. Sir Henry Thompson n'en a vu que cinq ou six cas chez l'homme.

Nous n'avons plus à revenir sur la loge du calcul, c'est-à-dire sur la cellule, mais nous voulons dire quelques mots sur l'orifice de la cellule, ayant été convié à cette étude par M. Pousson (2). « La constitution des

(1) Guyon. Loc. cit., p. 892.

(2) Pousson. Mémoire à la Société de chirurgie, 1885.

lèvres du collet est passée sous silence par les auteurs ; en général, ils se contentent de dire qu'au cours de l'opération, ils ont trouvé une bride tendue, mince, tranchante, non élastique autour de l'orifice, mais aucun d'eux ne prend le soin de noter à l'autopsie des sujets qui ont succombé, l'épaisseur de cette bride. » Notre étude a porté sur la pièce n° 151 du musée du professeur Guyon. La vessie, conservée dans l'alcool, avait été incisée sur la ligne médiane. L'extrémité de la pierre arrondie débordait le bourrelet d'environ 16 millim. Le diamètre transversal de cette partie partie proéminente atteint aussi 16 millim. Le bourrelet de la loge étant légèrement abaissé, on aperçoit le collet du calcul ; il a 12 millim. de diamètre. Nous attirons légèrement le calcul, ne voulant pas l'énucléer complètement, afin de ne pas détruire des végétations, des brides qui sont surtout adhérentes au tiers inférieur du calcul. Nous voyons que l'extrémité supérieure du calcul est légèrement inclinée sur le côté gauche de la vessie. La partie inférieure renflée mesure dans son plus grand diamètre, c'est-à-dire transversal, 24 millim.

Voyons maintenant les particularités de l'orifice au milieu du bourrelet. La vessie étant placée sur un plan horizontal, la lèvre antérieure mesure d'avant en arrière 4 millim., la lèvre extérieure n'a que 3 millim. ; la partie latérale gauche est voisine d'une autre cellule qui passe inaperçue si on n'écarte pas avec soin les faisceaux musculaires ; elle est bordée par une colonne charnue de 4 millim. d'épaisseur. Dans le sens trans-

versal, même résultat sur le côté gauche. Le diamètre transversal de l'orifice est de 20 millim., le diamètre antéro-postérieur de l'orifice dilaté est de 17 millim.

Quelques légers débridements auraient suffi à l'énucléation ; malheureusement le malade était entré dans le service de M. Guyon, dans un état si grave, que la question de l'opération ne put être posée.

Quelquefois un calcul, jusqu'alors enchâtonné, fait une irruption soudaine dans la vessie. Tillaux a taillé un malade dont tous les accidents dataient du saut d'un fossé fait à la chasse (1).

(1) Van Helmont cite l'accident curieux d'un prédicateur anglican, Barclay, faisant un léger effort pour prendre un livre dans sa bibliothèque ; il ressentit une vive douleur et une sensation de poids dans le bas-ventre. Tous les symptômes de la pierre dans la vessie commencèrent à se développer. Le malade succomba à la lithotomie. Le calcul avait un volume considérable.

Ce phénomène s'explique sans doute très bien par l'existence du désenchantement subit du calcul et point n'est besoin d'invoquer, comme le fait Van Helmont, une force pétrifiante, lapidescente « *coagulator spiritus, petrificandi potestas* », qui aurait transformé subitement en une masse pierreuse les sels de l'urine « à la façon de la tête de Méduse qui changeait tout en pierre. »

Cette hypothèse ne le cède pas en bizarrerie avec l'opinion qu'émettait Bagliri (Opera, t. II, p. 106) sur l'influence des phases de la lune ou celle de Pontanus (De rebus cælestibus, t. I, ch. v, p. 314), qui invoquait la conjonction de Saturne et de Mercure au moment de la naissance des calculeux.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

Le *pronostic* des vessies à cellules est grave. Il est en rapport avec la cause même de la lésion et les complications, « car l'urine, dit Chopart (1), après avoir violemment distendu la poche herniaire, ou sans y produire une grande distension peut, par son séjour et son acrimonie, y exciter une inflammation gangreneuse suivie de crevasse de ses parois et d'épanchement d'urine dans le ventre, ou occasionner une inflammation adhésive et purulente. »

Traitement. — La thérapeutique n'a, contre les vessies à cellules, qu'une action très restreinte; il n'y a pas de traitement curatif; nous avons d'abord établi plus haut que très souvent il était impossible d'arriver au diagnostic. La première indication du traitement consistera à faciliter le cours de l'urine.

Les bougies, les sondes rendront de réels services. Si l'urine contient du pus, des injections modificatrices intra-vésicales nous paraissent devoir être pratiquées. On se servira, par exemple, d'une solution de nitrate d'argent à 1/500 et d'une solution d'acide borique

(1) Chopart. Loc. cit., p. 57.

à 4/100. La cure de l'enchâtonnement des calculs devra être tentée et la taille hypogastrique employée. M. Pousson (2) vient de montrer dans un mémoire adressé à la Société de Chirurgie que « les tailles périnéales diverses sont insuffisantes pour l'extraction des calculs enchâtonnés et que la taille hypogastrique satisfait à toutes les indications. »

OBSERVATION I.

(Du savant Isaac Cazaubon).

(Relatée par Bonet. Sepulch. anat., lib. 3, sect. 25,
obs. III, p. 644.)

Cellule vésicale six fois plus grande que la vessie.

Quelquefois Cazaubon urinait avec douleur, et son urine était graveluse. Mais un an avant sa mort, ses douleurs et ses ardeurs d'urine furent moins rares, surtout pendant la nuit; cependant elles interrompaient son sommeil et l'obligeaient de se présenter souvent pour uriner. On pensa que l'abondance des graviers rougeâtres qu'il rendait était la cause de cette irritation. Ensuite il ne put uriner qu'en faisant beaucoup d'efforts et ayant le corps et la tête penchée en avant. Il sentait alors une douleur poignante, un poids vers l'anus avec ténésme. Cette douleur en urinant s'étendait bien sur tout le canal de l'urètre; mais elle était plus vive au gland où il lui semblait que plusieurs pointes le piquaient en même temps. Après avoir monté à cheval ou fait une longue promenade, son urine déposait une matière muqueuse avec des grains de sable, ou bien il ren-

(2) Mémoire à la Société de chirurgie.

daient de petites pierres rondes, dures, dont quelques-unes étaient de la grosseur d'un grain de blé, et d'autres comme des grains de millet. Tous ces symptômes firent conjecturer qu'il avait la pierre. On voulut s'en assurer par la sonde, mais il ne fut jamais possible de la faire entrer dans la vessie : on sentait vers le col de ce viscère un obstacle semblable à celui qu'apporterait un corps charnu et qui boucherait un canal. Six mois après, il se manifesta une *tumeur* au côté gauche de l'hypogastre, entre l'os des iles et la ligne blanche. Cette tumeur, qui était d'abord de la grosseur d'une noix, acquit par degrés le volume du poing. Elle s'étendait en largeur et se terminait en pointe : elle était molle, et l'on y distinguait, par le toucher, l'ondulation d'un liquide. La liberté du mouvement des muscles abdominaux, soit en respirant, soit en toussant, annonçait que cette matière se trouvait dans la cavité du ventre, sous le péritoine ; la circonscription de la tumeur marquait que le liquide n'était point répandu vaguement dans cette capacité, et qu'il était renfermé dans un sac ou kyste. Mais ce qui le faisait distinguer comme tumeur urinaire, c'est qu'en la comprimant avec force, le malade ressentait de la douleur à la vessie et urinait, alors la tumeur s'affaissait ; peu de jours après, elle reprenait ses mêmes dimensions.

Ayant eu pendant quelques mois des accidents de strangurie et de dysurie, il mourut âgé de 57 ans. Après sa mort, on ne put encore introduire la sonde dans sa vessie. On fendit l'urètre suivant sa longueur, et l'on vit un corps sarcomateux qui en occupait l'entrée ; il offrait une forte résistance lorsqu'on le poussait de dehors en dedans, et cédait au contraire à la pression de dedans en dehors. La prostate avait quatre fois le volume qu'elle

a dans son état naturel ; elle soulevait le col de la vessie de manière qu'il faisait dans la cavité de ce viscère une tumeur saillante en forme de cul de poule. Le corps de la vessie était resserré et les parois d'une grande épaisseur ; elle avait à sa face interne beaucoup de rugosités et plusieurs cellules qui contenaient des petites pierres rondes. Du côté gauche, elle était percée d'un trou rond qui communiquait dans un grand sac né et formé de membranes continues avec celles de la vessie naturelle. Lorsque *ce sac* était rempli d'urine, il avait *six fois le volume* de la vessie. Sa situation était telle qu'il occupait toute la partie gauche de l'hypogastre, comme la vessie, il était recouvert d'un repli de péritoine ; sa figure était inégale ; sa partie inférieure s'étendait beaucoup au-dessous de l'ouverture par laquelle il communiquait dans la vessie ; et sa partie supérieure, quoique fixée par le péritoine, s'élevait très haut. Le sac vésical et la véritable vessie contenaient encore beaucoup d'urine, mais dans le fond de la vessie contre nature, il y avait une grande quantité de matière muqueuse, putride, de mauvaise odeur, et qui était la même que le malade avait tant de peine à rendre avec l'urine. La vessie naturelle n'était ni enflammée, ni ulcérée : il y avait plusieurs points d'érosions à la face interne de la fausse vessie qui était d'ailleurs rouge, livide, noirâtre comme dans un état de gangrène. Les uretères étaient dilatés et pleins d'urine ; le gauche rampait un peu dans les tuniques de la fausse vessie ; mais il s'ouvrait comme le droit dans la vessie véritable près du col. Le rein droit était purulent et le gauche parut sain.

OBSERVATION II.

Cellule vésicale. Diagnostic fait pendant la vie.

(Chopart. Maladies des voies urinaires, 1791, p. 52.)

..... Cet homme faisait beaucoup d'efforts tant pour uriner que pour aller à la selle. Son urine sortait par un jet fin et quelquefois bifurqué. Le malade sentait après avoir fini de pisser un besoin urgent de rendre encore de l'urine, et souvent il en rendait en pressant fortement sur les parois de l'hypogastre surtout au-dessous du nombril. A la suite d'un excès de boisson de vin, il eut une rétention complète d'urine. Tous ses efforts pour uriner furent infructueux, les bougies ne purent être introduite jusqu'au col de la vessie. Le lendemain, le ventre était plus tendu et formait à la région ombilicale une élévation plus marquée, circonscrite et ferme comme un ballon. La pression qu'on y faisait avec la main ne causait de douleur que vers le col de la vessie et du côté du rectum et augmentait l'envie d'uriner. Le troisième jour, en pressant le ventre, l'urine commença à sortir; elle était fétide, rouge et d'une chaleur considérable; le dix-huitième jour le malade put vaquer à ses affaires. Mais il resta sujet à des envies fréquentes d'uriner et à rendre peu d'urine à la fois, à moins qu'il ne fit une forte pression sur la région ombilicale ayant le tronc fléchi. Lorsqu'il s'abstenait de faire cette pression, on remarquait au-dessus du nombril une tumeur semblable à celle qui avait paru dans la rétention d'urine. Elle était indolente et plus apparente, ou soulevait davantage les parois de l'abdomen quand le malade était debout que lorsqu'il était couché et qu'il venait d'uriner. Elle s'amol-

lissait et s'affaissait par la pression, laquelle excitait le besoin d'uriner et la sortie d'une grande quantité d'urine. Après cette évacuation, la tumeur n'était plus visible ; l'homme restait 12 à 15 heures sans avoir besoin d'uriner, ensuite il avait des envies fréquentes et rendait peu d'urine, la tumeur redevenait apparente et était plus saillante et plus ferme, quand il avait été plusieurs jours sans aller à la selle. On demandait par la consultation qu'on donnât son avis sur la nature de cette tumeur et sur les moyens d'y remédier et de faciliter le cours de l'urine.

J'estimai, d'après cet exposé, que la tumeur dont il était question avait son siège dans les voies urinaires et qu'elle était formée par un *amas d'urine dans une poche qui communiquait avec la vessie*, que je croyais semblable à celle qui fait paraître la vessie double, dont les auteurs ont donné plusieurs exemples et qui est produite par une partie de la membrane interne de ce viscère échappée en forme de hernie à travers l'écartement de quelques faisceaux musculaux qui la recouvrent. Tous les phénomènes que présentait cette tumeur autorisaient à porter ce jugement. Elle s'était formée à la suite de difficultés d'uriner, elle avait paru à la région ombilicale à la suite d'une rétention complète d'urine : sa durée et son accroissement, tant que l'urine n'a point eu d'issue, son indolence, sa diminution, sa mollesse et sa disparition en y exerçant une pression qui procurait en même temps une évacuation plus abondante de ce liquide, la suppression des envies fréquentes d'uriner jusqu'à ce que la tumeur fût remplie d'urine et reparut à l'ombilic, tout annonçait l'existence d'une poche urinaire différente de la véritable vessie, mais continue avec la cavité de ce

viscère qui se remplissait de l'urine portée par les uretères dans cette cavité, d'où elle passait dans celle de la poche contre nature.

Le malade mourut à la suite d'une rétention complète.

L'autopsie fut faite par M. Dumas. La vessie lui parut doublée, elle présentait *deux parties continues en forme de calèbasse* et distinctes l'une de l'autre par un sillon transversal. La poche antérieure moins ample était enfoncée dans le bassin, la postérieure d'un très grand volume et fort élevée s'étendait jusqu'à l'ombilic et était adhérente en grande partie au péritoine qui tapisse la région ombilicale. Celle-ci avait des taches gangréneuses dont une se creva en la touchant, il en sortit beaucoup d'urine putride. Cette ouverture étant agrandie, il parut une grande capacité dont les parois étaient minces et au fond de laquelle se trouvait une matière purulente très fétide; elle était séparée de la capacité antérieure par une cloison membraneuse, étroite, située dans la direction du sillon extérieur et percée dans le milieu où était un large trou par lequel ces deux cavités communiquaient entre elles. La prostate était d'un volume double de celui de l'état naturel. L'urètre était si rétréci à sa partie membraneuse qu'il n'y passait qu'avec peine un stylet. La vraie vessie était antérieure, saine; elle avait ses parois très épaisses, plusieurs rides et quelques cellules à sa tunique interne, les orifices des uretères s'y trouvaient dans le lieu ordinaire; à son sommet et près de la partie où s'attache l'ouraque, il vit la même cloison membraneuse ouverte dans le milieu et qui en séparait la cavité de celle de la poche vésicale dont il a été parlé. Malgré l'état de pourriture de ce sac, il reconnut que ses parois avaient beaucoup moins d'épaisseur que celles de la vessie et qu'elles n'étaient formées que de membranes.

OBSERVATION III.

(Chopart. Loc. cit., p. 58.)

Calcul engagé dans l'urèthre. Rétention d'urine. Cellule rompue.
Fistule urinaire consécutive.

Un homme, d'environ quarante ans, après avoir eu pendant quelque temps des difficultés d'uriner accompagnées de douleurs assez vives, eut une rétention totale d'urine. Il ne tarda pas à se former à la partie moyenne antérieure et inférieure du ventre, une tumeur qui fut prise pour un abcès et dont l'ouverture spontanée laissa sortir une grande quantité de pus et d'urine mêlés ensemble. Dès ce moment, cet homme se sentit soulagé. Une partie de l'urine reprit son cours par les voies ordinaires, et l'autre continua de s'échapper par la crevasse de l'abcès qui se rétrécit peu à peu et dégénéra en une ouverture fistuleuse, dont les bords se froncèrent comme l'ouverture d'une bourse. Cette fistule devint bientôt la voie que prirent les urines : mais comme elle tendait toujours à se rétrécir, et que souvent même elle se fermait en entier, le malade resta sujet à de nouvelles difficultés d'uriner et à des rétentions totales d'urine qui n'étaient pas de longue durée, mais occasionnaient des douleurs plus ou moins fortes. On a plusieurs fois essayé de lui passer une sonde dans la vessie par l'urètre. Les tentatives faites à cet égard ont été infructueuses, les sondes et les bougies ne pénétraient qu'à très peu de distance.

L'ouverture de son cadavre a fait voir qu'une pierre s'étant engagée dans le col de la vessie, était venue occuper la partie membraneuse de l'urètre. La vessie en contenait diverses autres petites qui n'offraient rien de

particulier. L'ouverture fistuleuse était à la partie la plus élevée de ce viscère près l'ouraque : elle communiquait avec la fistule des téguments par un canal de deux travers de doigt de longueur.

Réflexions. — Il est hors de doute que la présence de la pierre dans l'urèthre a causé les difficultés d'uriner et les rétentions d'urine que cet homme a éprouvées. Ces accidents ont pu donner lieu à la hernie d'une petite portion de la tunique interne de la vessie vers l'ouraque ; il s'y est formé une inflammation et une crevasse qui a produit un abcès urinaire et purulent, d'où il est résulté une fistule urinaire.

OBSERVATION IV.

(Chopart. Loc. cit., p. 60.)

Pierre fixée dans le col de la vessie d'un enfant.
(Cellule consécutive?)

Un garçon nouveau-né a marqué par ses cris, quelques jours après sa naissance, qu'il souffrait dans le ventre. La manière dont il urinait a fait penser qu'il avait la pierre ; tantôt il avait des incontinenances d'urine ; tantôt douze heures se passaient sans qu'il pût en rendre une goutte. A cinq ans et demi, il eut une rétention complète d'urine ; son ventre était tendu et douloureux, principalement à la région hypogastrique ; le quatrième jour, l'enfant ne rendait pas encore une goutte d'urine. Le cinquième jour, il se forma dans le centre de la tumeur ombilicale, une ouverture de cinq à six lignes de diamètre par laquelle, les urines mêlées de pus, coulèrent abondamment. Les accidents diminuèrent et l'ou-

verture ombilicale resta fistuleuse et fut la seule voie par laquelle l'urine continua de s'écouler.

M. Eustache fit, en mai 1787, l'extraction de la pierre à travers une incision au périnée. La pierre avait la forme d'un gros cornichon, dont l'extrémité plus étroite était engagée dans l'urètre. Elle avait à peu près trois pouces de longueur et un pouce et demi d'épaisseur, elle était légèrement concave du côté du pubis et convexe vers le rectum.

Après l'extraction de la pierre, les urines commencèrent à sortir par la plaie ; en peu de temps, l'ouverture fistuleuse par laquelle elles étaient passées pendant un an, se ferma. Le trente-deuxième jour de l'opération, les urines commencèrent à reprendre leur cours par la verge et dix jours après, sortirent entièrement par cette voie.

Il n'avait point ressenti, depuis la fin de juin, aucun symptôme de son ancienne infirmité quand il mourut en décembre de la même année.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION V.

(Musée Dupuytren, n° 71.)

Cellule d'un volume égal à celui de la vessie.

Sur cette vessie, qui a été trouvée en 1827 dans les amphithéâtres de dissection, on constate qu'il existe, au niveau du bas-fond de la vessie, *une cavité secondaire*, hernie tuniquaire, qui communique avec la vessie par un orifice d'environ 1 centim. de diamètre. Cette cavité secondaire, formée par la muqueuse vésicale, doublée d'une couche épaisse de tissu cellulaire, condensé, enflammé, a une capacité aussi considérable que la vessie.

OBSERVATION VI.

(Musée Dupuytren, n° 66.)

Quatre cellules.

Vessie d'un homme, sur laquelle on observe *quatre tumeurs* variables en volume, depuis celui d'une grosse noisette jusqu'à celui d'une noix. Ces petites hernies tuniquaires de la muqueuse vésicale à travers les fibres musculaires, siègent l'une au niveau du sommet de l'organe, c'est la moins volumineuse, les trois autres sont situées sur les parois latérales et postérieures au niveau de l'insertion des uretères, une seule sur le côté droit, deux sur le côté gauche.

OBSERVATION VII.

(Musée Dupuytren, n° 69.)

Trois cellules.

Sur cette vessie, *trois hernies tuniquaires* de la muqueuse; elles siègent, comme c'est la règle générale, au niveau de l'insertion des uretères; une seule de ces hernies s'observe du côté droit, les deux autres sur le côté gauche.

OBSERVATION VIII.

(Bulletin de la Société anatomique, année 1827, p. 257.)

Hernie de la membrane interne de la vessie, par M. ROBERT, interne à l'Hôtel-Dieu.

Sur le cadavre d'un homme de 60 ans, j'ai trouvé à la face interne de la vessie, de nombreuses colonnes; entre elles des enfoncements terminés en cul-de-sac de grandeur et de forme variables, sur les côtés de sa face postérieure, *deux ouvertures* arrondies pouvant permettre

l'introduction du pouce. La droite conduisait dans une petite poche de capacité à loger une aveline, et la gauche dans une cavité beaucoup plus vaste pouvant admettre un gros œuf, lisse à sa face interne, à parois très minces et formées seulement par un prolongement de la membrane muqueuse qui tapisse la vessie. On ne pouvait y apercevoir de traces de fibres charnues, qui paraissaient se terminer assez brusquement au contour de l'orifice que j'ai indiqué.

Cette poche n'était pas formée par la dilatation de l'extrémité inférieure des uretères, car on apercevait au-dessous d'elle, les orifices de ces conduits aux angles postérieurs du trigone. On ne peut s'empêcher de reconnaître dans ce vice de configuration, une hernie de la membrane muqueuse de la vessie à travers ses fibres charnues. L'obstacle au cours régulier de l'urine se trouvait à la prostate, dont un des lobes offrait un volume trois fois plus considérable qu'il ne l'est dans l'état ordinaire.

OBSERVATION IX.

M. *Bérard aîné* a montré récemment à la Société un nouvel exemple de ce genre d'altération de la vessie. La face interne de cet organe et celle de la poche avec laquelle elle communiquait étaient couvertes d'un grand nombre d'eschares gangréneuses qui paraissaient n'intéresser que leur membrane muqueuse seule. (Note du rédacteur du Bulletin.)

OBSERVATION X.

(Bulletin de la Société anatomique, mars 1828.)

Vessie à cellules.

M. *Thouret* fait voir la vessie et l'urètre d'un homme

qui a succombé à une infiltration urineuse des bourses. Il existe vers le milieu de l'urèthre, une crevasse dont les bords sont gangrenés. Au niveau du bulbe se trouve un rétrécissement fibreux long d'environ cinq lignes et situé sur la paroi gauche du canal. A droite et à la même hauteur, trois petits calculs renfermés dans une poche concourent encore à rétrécir le canal qui, à partir de ce point, est très dilaté jusqu'au col de la vessie. Cet organe présentait des brides charnues très épaisses et plusieurs *poches* dans ses parois.

OBSERVATION XI.

(Bulletin Société anatomique, 19 décembre 1833.)

Vessie à cellules.

M. *Ripault* présente une vessie qui offre à son sommet une dilatation formant une loge particulière. L'organe est hypertrophié dans quelques points, aminci dans d'autres, au point qu'il s'est formé des crevasses d'où sont résultés des abcès auxquels le malade a succombé.

OBSERVATION XII.

(Bulletin de la Société anatomique, 1835, p. 11.)

Perforation vésicale consécutive à une cellule.

M. *Mercier* présente une hypertrophie de la prostate et des parois de la vessie. Celle-ci offre à sa partie gauche et en arrière une *perforation* qui s'ouvre au-devant du rectum.

M. *Mercier* pense que cette ulcération est spontanée et n'est point le résultat de la sonde. Il se fonde sur ce que l'instrument n'est resté en place que trois jours, qu'il était en gomme élastique et surtout sur ce que la

muqueuse paraît se continuer dans l'ouverture anormale. Il s'explique cette circonstance en admettant que la muqueuse a fait hernie à travers les fibres de la musculuse, puis s'est ulcérée. Il s'appuie encore sur la présence d'un assez grand nombre de petites poches, telles que celles que l'on rencontre dans la vessie des individus qui ont présenté des obstacles à la libre émission des urines.

Mort de péritonite. Un litre et demi de pus dans le petit bassin.

OBSERVATION XIII.

(Bulletin de la Société anatomique, 1836, p. 236).

Vessie à cellules. Pus dans la cellule. Muqueuse ulcérée dans la cellule.

M. Mercier communique la note suivante :

Cette pièce a été recueillie par M. Petit, élève à Bicêtre, sur un vieillard qui, depuis longtemps, rendait ses urines goutte à goutte. Il y a vingt-cinq ans environ, on essaya de pénétrer dans sa vessie au moyen d'une sonde, mais on ne put y arriver, et, depuis ce temps, toutes les tentatives de cathétérisme que l'on a faites furent inutiles. A l'autopsie, on trouva immédiatement au-dessus du bulbe, à l'extrémité inférieure de la portion membraneuse, un rétrécissement tel qu'un stylet n'y put pénétrer. On ne put y introduire qu'une soie de sanglier. En examinant la face postérieure de la vessie, on vit une *poche* assez ample qui était recouverte par le péritoine. En pressant sur cette poche, le pus dont elle était remplie reflua dans la vessie par quatre ouvertures de 1 ligne à 2 lignes de diamètre, arrondies, revêtues par la muqueuse de la vessie jusqu'au foyer

purulent où elle se rendait. Une entre autres a une direction très oblique en bas et en arrière: elles sont constituées à 2 pouces au-dessus des uretères, un peu à droite, sur la face postérieure de la vessie et distantes les unes des autres de 2 à 3 lignes. Le foyer pourrait contenir un petit œuf de poule; il ne présente aucune trace de muqueuse; il est anfractueux, sa paroi antérieure est formée par la membrane musculeuse de la vessie, et certains faisceaux charnus y font des brides au-dessous desquelles on peut passer un stylet. On trouve également des fibres musculaires, mais moins prononcées sur la paroi postérieure. La face interne de la vessie présente un assez grand nombre de *cellules*; deux entre autres, situées un peu plus bas que les perforations décrites, ont leur *muqueuse ulcérée*, de sorte qu'elles communiquent entre elles au-dessous d'une colonne charnue qui a 3 lignes d'épaisseur.

OBSERVATION XIV.

(Bulletin de la Société anatomique, 1838, p. 284.)

Cellule plus volumineuse que la tête d'un fœtus à terme.

(Extrait du rapport de M. Mercier, sur un appendice vésical considérable, présenté par M. Bresmard.)

Malade entré à l'hospice de Bicêtre, le 28 mars 1838, pour une pleurésie. Troubles urinaires depuis quelques mois. Pour faciliter l'excrétion des urines, le malade était obligé de comprimer la région hypogastrique. Cathétérisme difficile et douloureux, urines fétides et sanguinolentes. Lorsqu'elles ont cessé de couler, on remarque qu'il reste encore à droite de la région hy-

pogastrique une *tumeur* dure, point douloureuse à la pression. Pendant que la sonde est dans la vessie, on peut, à force de pression, faire sorti environ une pinte d'urine très fétide, encore la tumeur ne s'affaisse-t-elle pas complètement. Le cathétérisme fut toujours difficile et douloureux. La cystite devint de plus en plus intense et la mort survint le 8 avril. Le bassin était rempli par une *poche plus volumineuse que la tête d'un fœtus venu à terme*, poche que l'on prit d'abord pour la vessie, mais qui ne l'était pas, car on trouva ensuite celle-ci refoulée à gauche et réduite au volume d'un œuf de dinde. La vessie a des parois très épaisses, la couche charnue qui est très rouge a 5 lignes d'épaisseur. La membrane muqueuse est mamelonnée, noirâtre, présente çà et là de petits enfoncements que je désigne sous le nom d'alvéoles. Deux de ces enfoncements avaient été pris pour les embouchures des uretères, mais comme ils n'occupaient pas tout à fait le lieu où ces canaux viennent s'ouvrir, je soupçonnai une erreur et découvris les véritables orifices. Ces canaux étaient dilatés. Sur la paroi latérale droite de la vessie, à 4 lignes au-dessus de l'uretère de ce côté, je trouve une ouverture de 18 lignes de circonférence, de 6 lignes environ de diamètre et aboutissant dans la large poche dont il a été question. Près de cet orifice, la muqueuse se fronce pour y pénétrer; elle se continue dans la cavité accessoire sans interruption, mais aussi sans présenter la moindre saillie; elle y est parfaitement lisse, de couleur violacée et se décolle facilement. M. Bresmard dit qu'à l'état frais, on trouvait au-dessous, çà et là, de la matière purulente concrète. Il trouva à l'intérieur un liquide brun jaunâtre et une multitude de calculs extrêmement petits. La

structure de ces parties fixa particulièrement mon attention.

J'ai déjà dit quelle était l'épaisseur de couche musculaire de la vessie. Cette épaisseur augmentait encore près de l'orifice de communication. En cet endroit, des fibres charnues longitudinales, partant du sommet de la vessie, formaient deux gros faisceaux descendant l'un en avant, l'autre en arrière de cet orifice, qu'ils embrassaient comme l'anüs est embrassé par son sphincter externe. Des intervalles interfibrillaires de ces faisceaux sortaient des fibres clairsemées qui, se portant transversalement sur la poche accessoire, formaient une couche musculieuse extrêmement mince. Cette couche perdait insensiblement sa couleur rouge, devenait tout à fait blanche après 7 ou 8 lignes de trajet et me parut former à la poche une membrane distincte d'apparence fibreuse et fasciculée. Je trouvai donc de dehors en dedans : 1° le péritoine; 2° une membrane sous-péritonéale; 3° la membrane musculo-fibreuse que je viens de décrire; 4° le tissu cellulaire sous-muqueux que je pus partager lui-même en plusieurs lamelles susceptibles d'être isolées très loin; 5° enfin la muqueuse. Toutes ces couches formaient en tout une épaisseur d'une ligne et demie.

De ce que la vessie était inclinée à gauche et était refoulée de ce côté, il résultait : 1° que pour y aboutir, l'uretère gauche se dirigeait de haut en bas et de dedans en dehors. Le droit, au contraire, rampait pendant longtemps et très obliquement entre la poche accessoire et le péritoine, avant de rejoindre la partie latérale correspondante de la colonne vertébrale. Le canal déférent de ce côté était aussi pendant longtemps en rapport avec la face postérieure de cette poche; 2° lorsque la vessie

était placée verticalement, la paroi inférieure de la cavité accessoire descendait plus bas que la prostate, de sorte qu'il faut nécessairement admettre que celle-ci était inclinée de haut en bas et de gauche à droite.

La prostate n'est pas très volumineuse et ne formait pas au-dessus de l'urèthre une saillie assez considérable pour intercepter complètement le passage de l'urine. La prostate, dit M. Bernard, était entourée d'un tissu cellulaire infiltré de pus qui s'étendait jusqu'aux vésicules séminales.

La portion membraneuse du canal était ecchymosée et paraissait avoir été éraillée par la sonde. Il était sain dans le reste de son étendue.

OBSERVATION XV.

(Musée Dupuytren, n° 67.)

Cellule de la grosseur d'un œuf.

Vessie d'un homme à la face postérieure de laquelle on observe, à 2 centimètres environ de l'insertion de l'uretère droit, une *tumeur* du volume d'un œuf ordinaire. Cette tumeur est lisse, arrondie, constituée par une hernie de la muqueuse à travers la membrane musculeuse ; elle est en communication avec le réservoir urinaire par un pédicule assez court et étroit. (Prof. Cruveilhier, 1838.)

OBSERVATION XVI.

(Musée Dupuytren, n° 72.)

Trois cellules.

Trois vastes *cellules*, deux à droite, une à gauche, situées au niveau des uretères correspondants, un peu au-dessus cependant à droite. Volume égal à celui d'un œuf

de dinde. Les deux tumeurs de gauche sont accolées de manière à ne former en apparence qu'une seule masse, mais incisées, on constate qu'elles sont constituées par deux poches parfaitement isolées et dont les parois sont adossées. Ces poches sont superposées l'une à l'autre, la supérieure est la moins grande, l'inférieure égale la capacité d'une vessie très dilatée ; ces trois cavités communiquent isolément dans la vessie principale par une ouverture de 1 cent. $\frac{1}{2}$ de diamètre. Leur paroi est constituée par la muqueuse hypertrophiée, mais on ne retrouve pas de fibres musculaires. (M. Barth, 1842.)

OBSERVATION XVII.

(Musée Dupuytren, n° 73.)

Vessie à cellule pouvant contenir un œuf de poule.

Valvule musculaire transversale de Mercier au niveau du col de la vessie. Muqueuse présentant un grand nombre de plis rayonnés. A l'angle supérieur du trigone vésical existe dans la vessie, un orifice arrondi d'environ 1 centimètre de diamètre qui communique avec une large cavité, capable de loger un œuf de poule et dont la paroi est assez épaisse. (M. Voillemier.)

OBSERVATION XVIII.

(Musée Dupuytren, n° 74.)

Vessie à cellule.

La vessie, au niveau de son bas-fond, à gauche, présente une perforation d'environ 2 millimètres dans laquelle est introduite une petite baleine. Cette perforation, *hernie tuniquaire* de la muqueuse, communique dans une petite cavité qui fait relief à la surface externe

de la vessie. La prostate est peu volumineuse, plutôt atrophiée, point de rétrécissement de l'urètre. (M. Voillemier.)

OBSERVATION XIX.

(Musée Dupuytren, n° 74^a.)

Deux cellules.

Partie latérale gauche, *deux hernies tuniquaires* communiquant chacune par un orifice distinct avec sa cavité. Prostate détruite, contenant dans une caverne plusieurs calculs volumineux. En avant de la prostate, l'urèthre, dans une étendue de 5 centimètres, présente une ulcération de la muqueuse. (M. Voillemier.)

OBSERVATION XX.

(Recueillie par M. Comin.)

(Bulletin de la Société anatomique, 1840, p. 365.)

Vessie à cellules. Absès des parois de la vessie. Hypertrophie de la prostate.

Delwart entre à l'hôpital le 28 juin 1840. Il a eu une rétention d'urine en 1820. Actuellement sa vessie distendue dépasse l'ombilic de 2 centimètres. Elle est dirigée de bas en haut et de dedans en dehors et à gauche. Elle offre la sensation d'une tumeur dure. On lui passe plusieurs fois des sondes en argent et en gomme. Mort le 29 juillet.

Autopsie. Le péritoine est dans toute son étendue épaissi et cassant. Sur la face postérieure et sur les parties latérales il a une épaisseur de plusieurs centimètres; à sa partie inférieure, on remarque une ouverture à bords déchiquetés minces et blanchâtres; c'est une véritable ulcération de la séreuse à travers laquelle on fait sortir

de l'urine quand on presse sur la vessie. La vessie appliquée contre la paroi abdominale par le péritoine qui fait à l'intérieur de l'abdomen un relief pyriforme, se prolonge jusqu'au-dessus de l'ombilic. Incisée, la vessie a une cavité moins considérable qu'on aurait pu le croire d'après sa distension habituelle pendant la vie. Ses dimensions ne dépassent pas de beaucoup celles d'une vessie ordinaire. La muqueuse est d'un noir grisâtre, assez lisse et forme un assez grand nombre de cellules plus ou moins considérables, dans l'intervalle des fibres écartées de la membrane musculieuse. Trois de ces *cellules*, situées un peu au-dessus du bas-fond de la vessie, présentent surtout une disposition remarquable ; on ne voit pas dans leur fond la muqueuse herniée et, si on y fait passer un stylet, on arrive dans une large cavité surajoutée à la vessie multiloculaire et disposée entre le péritoine et la membrane musculieuse ; c'est aussi dans cette espèce de vessie supplémentaire qu'aboutit immédiatement l'ulcération dont il a été parlé et qui a été déjà remarquée par la cavité abdominale. Quand elle a été largement ouverte, on voit les tractus cellulaires fort nombreux qui unissent la membrane séreuse à la musculieuse, baignés d'un liquide purulent, oléagineux, noirâtre, d'une odeur infecte, et on peut constater que le sommet pyriforme de la vessie, qui dépassait l'ombilic, était entièrement formé par cette large cellule remplie d'urine et de pus et qui porte seule des traces irrécusables d'inflammation.

La prostate est hypertrophiée.

Conclusions. Il y a eu d'abord, par suite de dimensions successives, hernie de la membrane muqueuse à travers la musculieuse et formation de cellules ; puis la mu-

queuse qui les tapissait a été rompue, l'urine s'est infiltrée entre le péritoine et la membrane musculeuse ; de là la cavité interstitielle.

La cause des rétentions ne s'explique pas suffisamment par l'état de la prostate.

OBSERVATION XXI.

(Bulletin Société anatomique, 1842, p. 14.)

M. Demeaux présente une vessie multiloculaire sur laquelle on voit manifestement que les diverses *poches* accessoires sont dues à une hernie de la muqueuse à travers les fibres musculaires, comme l'ont indiqué Morgagni et Cruveilhier. La plus volumineuse de ces poches placée en haut, deux autres plus petites occupent la région postérieure et enfin les deux dernières intermédiaires aux précédentes pour le volume siègent sur le bas-fond.

M. Mercier fait remarquer qu'il est rare de voir sur la paroi postérieure de la vessie une poche accessoire formée exclusivement par la membrane muqueuse ; comme dans ce point la membrane musculaire est formée de deux couches superposées, il arrive le plus ordinairement que la couche superficielle seule s'écarte pour laisser passer la muqueuse doublée par la couche musculaire profonde.

OBSERVATION XXII.

(Bull. Soc. anat., 1842, p. 53.)

Quatre cellules.

M. Pigné montre une vessie recueillie chez un homme qui a succombé à l'Hôtel-Dieu dans le service de Denon-

villiers. Le volume est énorme. La paroi interne est rugueuse et épaissie. On y remarque quatre ouvertures circulaires d'un diamètre inégal, mais admettant facilement un doigt et communiquant chacune isolément avec des *diverticulums* distincts dont l'un a le volume de la tête d'un enfant. Ces poches sont placées sur les parties latérales et leurs parois sont considérablement hypertrophiées. On n'a eu sur les symptômes aucun renseignement précis. L'urine contenait seulement une telle abondance de mucosites que la sonde en était à chaque instant obstruée. Les poches existent surtout sur la partie latérale.

OBSERVATION XXIII.

(Musée Dupuytren, n° 76.)

Vessie à cellules. Calcul enchatonné.

Sur cette pièce, la vessie a une capacité assez considérable. Parois hypertrophiées. Au sommet, il existait plusieurs *cellules* assez petites, une autre cellule s'observe au niveau du bas-fond, dans laquelle est contenu un petit calcul probablement d'oxalate de chaux. L'orifice de la cellule est assez étroit et c'est à travers cet orifice que s'engage un point rétréci de ce calcul.

OBSERVATION XXIV.

(Musée Dupuytren, n° 77.)

Cellules. Calcul enchatonné.

Parois hypertrophiées, cavité très réduite; il existe aussi des *cellules* et dans l'une d'elles est logé un calcul oblong volumineux.

OBSERVATION XXV.

(Musée Dupuytren, n° 78.)

Vessie à cellules. Calculs très nombreux.

Vessie d'un homme qui était affecté de rétention d'urine. Il existe au niveau du col de la vessie une valvule très proéminente (de Mercier). Toute la cavité vésicale, à l'exception du trigone, présente de nombreuses *cellules*.

Il existait dans cette vessie un très grand nombre de calculs, environ trois cents, sphériques, très petits, d'un diamètre qui varie de 3 à 7 millimètres.

La plupart de ces calculs étaient libres dans le bas-fond de la vessie et derrière la valvule. Quelques-uns étaient comme enchatonnés dans les cellules. (Maison-neuve. Soc. Chir. 1855 t. VI, p. 265.)

OBSERVATION XXVI.

(Musée Dupuytren, n° 80.)

Deux cellules. Calcul enchatonné.

Sur cette vessie, on constate à sa face interne deux orifices qui communiquent dans *deux cellules*. La plus grande siège à gauche, au niveau de l'insertion de l'uretère, du volume d'une grosse noisette; elle communique avec la vessie par un orifice arrondi d'environ 1 centimètre de diamètre; elle contient à son intérieur un petit *calcul* d'acide urique. La seconde cellule, du volume d'une petite noisette, est située près de la partie supérieure de la vessie; cette cellule présente un orifice arrondi d'environ 6 millimètres de diamètre et elle contient également dans sa cavité un petit calcul. (Voillemier.)

OBSERVATION XXVII.

(Musée Dupuytren, n° 82)

Vessie avec le pubis, la prostate, la verge. Calcul enchatonné.

N° 82: Musée Dupuytren. Vessie avec le pubis, la prostate, la verge. Calcul enchatonné. Sur cette pièce, qui est sans renseignements, on constate qu'il existe une hypertrophie assez considérable des parois de la vessie qui présente une disposition *cellulaire* peu accusée. Au niveau du bas-fond de la vessie, on observe un *calcul* lenticulaire fixé à ce niveau par une bride transversale, espèce de valvule produite par le lobe moyen de la prostate. Ce calcul se trouve donc enchatonné dans une cavité ou dépression vésicale assez ample. Prostate hypertrophiée. Portion prostatique, membraneuse et bulbeuse de l'urèthre sont profondément altérées. (Leroy d'Etiolles.)

OBSERVATION XXVIII.

(Musée Dupuytren, n° 82^a.)

Calcul enchatonné.

Prostate hypertrophiée. Surtout dans son lobe gauche, d'où résulte une inflexion latérale oblique de l'urèthre. La vessie présente au niveau de la base du triangle vésical une valvule transversale; en arrière et au-dessus de cette valvule existe une *dépression* vésicale dans laquelle est enchatonné un petit *calcul* aplati d'acide urique. (M. Voillemier.)

OBSERVATION XXIX.

Calcul enchatonné au sommet de la vessie chez un enfant.

Un enfant de 7 ans souffrait, depuis deux années,

d'une maladie des voies urinaires, survenue à la suite d'une affection intestinale. On me l'amena pour le lithotritier. Je le trouvai si indocile, si remuant, si peu apte à supporter un long traitement, qu'ayant reconnu, à l'aide de la sonde, que la pierre était volumineuse, je proposai la cystotomie. J'entrepris l'opération sans me douter des difficultés qu'elle présenterait et qui me firent beaucoup regretter de n'avoir pas cherché à quoi pouvait tenir l'immobilité du calcul dont j'avais été frappé par le cathétérisme. La pierre fut saisie aisément; son volume, autant du moins qu'on pouvait en juger par l'écartement des branches des tenettes, ne devait pas s'opposer à l'extraction. Dès que je commençai à tirer, je sentis qu'elle s'était rompue; la portion ramenée par l'instrument représentait une tête terminée par une espèce de collet; une partie de la pierre était restée dans une poche; le doigt la touchait en même temps qu'on distinguait l'orifice de la cellule, à peu près au sommet de la vessie. Le calcul était mobile, l'ouverture assez lâche, je parvins à saisir la pierre avec une pince et à l'extraire entière. Elle était oblongue, avec un collet correspondant à la cassure, et une longueur de 2 pouces sur 9 lignes d'épaisseur. Guérison au bout de trois semaines. (Civiale, *Traité pratique et historique de la lithotritie*, 1847.)

OBSERVATION XXX.

(Bull. Soc. anat., 1848, p. 188).

Cellules. Abscès des parois.

M. Gubler montre une vessie de vieillard : elle présente des colonnes et des *cellules* profondes d'où sortait, par de nombreux orifices, du pus provenant d'un *abcès*

placé dans l'épaisseur même de ses parois. En décollant le péritoine qui portait lui-même quelques traces de phlegmasie, on arrive dans cette poche purulente qui se trouve, comme nous l'avons dit, réellement creusée dans les parois mêmes de la vessie.

M. Cruveilhier croit que cette poche purulente n'est peut-être qu'une hernie de la muqueuse vésicale qui se serait enflammée.

M. Caudmont se range de l'avis de M. Cruveilhier : il a présenté, dit-il, plusieurs pièces où l'on voyait que ces cellules enflammées avaient détruit le tissu musculaire et étaient arrivées jusqu'au péritoine qui lui-même avait participé à l'inflammation.

OBSERVATION XXXI.

(Bull. Soc. anat., 1850, p. 173.)

Deux cellules. Calcul enchatonné.

M. Caudmont présenta la vessie d'un homme mort à la suite de trois séances de lithotritie. Inflammation chronique de la muqueuse vésicale. Dans la vessie, en arrière et sur les côtés du trigone, on rencontre deux *cellules*. L'une d'elles renferme un calcul enchatonné, semblable par sa composition chimique à celui qui a été broyé et dont on retrouve encore des fragments dans la vessie. L'existence de deux cellules isolées est notée par Deschamps et par certains auteurs.

OBSERVATION XXXII.

(Bull. Soc. anat., 1850, p. 345.)

Cellule empêchant l'excrétion urinaire.

M. Caudmont présente une vessie sur laquelle on voit

une nouvelle cause de *rétenction d'urine*. Une *cellule* de la muqueuse vésicale s'est formée immédiatement au-dessus de l'angle postérieur droit du trigone. Cette cellule, en se développant, a comprimé l'extrémité vésicale de l'uretère droit. Celui-ci est dilaté et flexueux. Le rein correspondant est changé en une poche bosselée pleine de liquide. Sa substance propre a presque complètement disparu; ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, malgré le développement des cavités intérieures, le volume absolu de ce rein est notablement diminué.

OBSERVATION XXXIII.

(Bull. Soc. anat., 1851, p. 42).

Vessie à cellule.

M. *Goupil* montre un *diverticulum* de la vessie du volume d'un petit œuf de pigeon, sphéroïde, pourvu de tuniques séreuse, musculuse et muqueuse. Cette poche surnuméraire communique avec la vessie, les fibres musculaires des parois des deux cavités se continuent sans interruption. Cette poche était placée à gauche et un peu au-dessus de l'orifice vésical de l'uretère du même côté. L'homme qui portait cette lésion était entré le 29 janvier 1851, au Val-de-Grâce, pour une *rétenction d'urine*. La sonde pénétrait dans la vessie en inclinant le pavillon à gauche. Une cystite survint au bout de quelques jours. On pratiqua des injections vésicales qui entraînèrent avec elles du pus. Jamais pendant ces injections, le liquide introduit n'était rejeté en totalité. Mort le 10 février, on trouva la prostate volumineuse, les reins légèrement enflammés.

OBSERVATION XXXIV.

(Bull. Soc. anat., 1851, p. 220.)

Deux cellules.

M. *Armand Moreau* présente une vessie offrant deux *cavités surnuméraires* de grandeur inégale. La plus volumineuse, qui est capable de loger une petite pomme, est placée à gauche et près de l'orifice vésical de l'uretère du même côté. Ses parois sont épaisses, et, à la surface, on peut trouver quelques fibres musculaires plus abondantes sur les deux parties latérales que tout à fait à son sommet. L'orifice de communication avec la grande cavité vésicale permettait le passage de l'index; il était circulaire, ses bords un peu frangés. Une autre cavité surnuméraire du volume d'un gros pois existait en dehors et à droite de l'uretère droit. Aucune de ces deux cavités ne contenait de calculs. Deux fistules anciennes faisaient communiquer la vessie avec le périnée. Une infiltration urinaire avait occasionné un abcès au niveau de la courbure de l'uretère en arrière d'un rétrécissement.

M. *Houel*. Les faits de ce genre ne sont pas très rares. Les poches sont en général doubles et symétriques quant à leur position sur les deux côtés de la vessie, situées le plus souvent en dehors et près de l'orifice vésical des uretères.

OBSERVATION XXXV.

(Bull. Soc. anat., 1852, p. 258.)

Vessie à cellule.

M. *Bauchet* montre sur un point de la vessie, une *vessie accessoire* à collet rétréci et assez spacieuse. M. Bau-

chet rapporte à ce propos un cas observé par M. Velpeau, à la Pitié, et dans lequel un calcul, constaté une fois et qui avait disparu depuis, fut trouvé, à l'autopsie, niché dans une cavité analogue.

OBSERVATION XXXVI.

(Bull. Soc. anat., 1852, p. 500).

Vessie à cellules chez un enfant.

En juillet 1847, un enfant fut renversé sur le dos par une grosse voiture chargée, dont la roue lui passa sur l'hypogastre. Hématurie qui dura vingt-quatre heures. Urines s'écoulant goutte à goutte, nombreux cathétérismes.

En janvier 1848, cours des urines suspendu. A l'hôpital des Enfants, on le traite par le cathétérisme. Le 3 février, il sortit urinant volontairement. Puis il urine par regorgement.

En 1849, il est traité par Roux. Cathétérisme.

En décembre 1851, rétention complète. Difficulté de le sonder. Hypogastre tendu, douloureux.

En novembre 1852, délire, convulsions, mort.

Autopsie. — Vessie très distendue, remontant jusqu'à l'ombilic; hauteur 0^m,45, largeur 0^m,08; parois très épaisses, hypertrophiées, 0,007; fibres musculaires très marquées.

Surface interne. Muqueuse grisâtre, semblable à celle de la vessie du vieillard, colonnes et *cellules nombreuses*. Col à 2 centim. en arrière du pubis. Il n'est pas continu à l'urètre. Il s'ouvre dans une vessie supplémentaire qui s'est formée par épanchement de l'urine dans le tissu cellulaire vésico-pubien, à la suite d'une déchirure qui existe à la partie supérieure du canal de l'urèthre dans sa

portion prostatique. Elle est arrondie et large de 0^m 05. Une autre ouverture large de 0^m 05 fait communiquer cette vessie anormale avec la vessie normale au niveau de son col, de telle sorte que lorsqu'on veut pratiquer le cathétérisme, la sonde pénètre facilement dans le réservoir antérieur, mais ce n'est que très difficilement et par hasard que le bec de la sonde pénètre dans l'orifice étroit de la vessie, situé au fond d'une sorte de cul-de-sac.

Reins profondément altérés. Uretères distendus, bosselés.

OBSERVATION XXXVI (bis) (M. Henry).

(Bull. Soc. anat., 1868, 2^e série, p. 148.)

Vessie à cellules.

M. Defoix montre une vessie à *cellules* ou vessie à compartiments trouvée à l'autopsie d'un vieillard de 84 ans. Sur le côté gauche de la vessie normale et primitive est une *poche* d'un volume presque égal, arrondie, communiquant assez largement avec la cavité cystique. On voit sur cette poche, insufflée et desséchée, que les fibres musculaires en grande abondance sur la vessie primitive sont au contraire disséminées en rares bandes sur la vessie secondaire.

Le vice de conformation ne pouvait être soupçonné pendant la vie, la miction s'étant toujours accomplie régulièrement.

M. Ed. Cruveilhier. Ce fait donne raison à ceux qui admettent que les fibres musculaires s'étendent toujours sur la poche surajoutée. On sait que pour d'autres auteurs, ces vessies secondaires provenant d'une hernie de la muqueuse entre les bandes musculaires ne

devraient jamais offrir de couches contractiles. De plus je rappellerai que le plus souvent, dans ces cas, on a observé que la miction se faisait pour ainsi dire en deux fois : le sujet vidant sa première vessie éprouve peu de temps après, une envie d'uriner aussi impérieuse que la première et expulse une nouvelle quantité d'urine provenant de l'arrière-cavité.

OBSERVATION XXVII.

(Bull. Soc. anat. anat., 1868, 2^e partie, p. 149.)

Vessie à cellule chez une femme.

M. Liouville montre les organes urinaires d'une femme de 68 ans, morte à La Salpêtrière. Ils sont remarquables par une infinité de petits kystes de la grosseur d'un grain de mil, développés sur les uretères.

La vessie qui présentait des traces de cystite est bizarre par sa forme et par deux *diverticules latéraux* garnis de muqueuse à l'intérieur et revêtus de bandes-lettes musculaires.

OBSERVATION XXXVIII.

(Musée Dupuytren, n^o 68.)

Vessie à cellule.

Sur cette pièce on constate à la partie postérieure de la vessie, au niveau de l'insertion des uretères, une *cavité ampullaire* du volume d'un petit œuf de poule qui est produite par la hernie de la muqueuse vésicale à travers la tunique musculuse. La pièce a été préparée par insufflation et dessiccation et l'on constate que l'orifice de communication est très bien délimité.

OBSERVATION XXXIX.

(Bull. Soc. anat., 1872, 2^e série, p. 120).

M. *Malherbe*. A la partie supérieure du côté gauche de cette vessie se trouve un diverticulum du volume d'un petit œuf de poule, à orifice ouvert dans la vessie, mais assez étroit, à fond évasé.

M. *Houel*. Ces sortes de cavités ou cellules appelées par M. Cruveilhier hernies tuniquaires ont deux points d'élection : la région occupée par l'orifice des uretères, à sa partie moyenne, et la région gauche du bas-fond de la vessie. Cette différence de siège explique facilement la différence de gravité dans le cas de rupture de la vessie. Peut-être l'impossibilité de saisir un calcul volumineux donnerait-elle sinon la certitude, au moins la présomption en faveur de l'existence d'une de ces cavités adventices.

OBSERVATION XL.

(Bull. Soc. anat., 2^e série, 1872, p. 231.)

Vessie à cellule.

M. *Malherbe* présente les pièces d'un homme âgé de 66 ans, qui était difficile à sonder et atteint d'une manière intermittente de rétention d'urine. Il est mort avec de petits abcès dans les reins et une cystite chronique. Il existait une petite *hernie tuniquaire vésicale*.

OBSERVATION XLI.

Calcul enchatonné chez une femme comprimant les uretères.

Mort d'urémie.

(Bull. Soc. anat., 1875, p. 298.)

J..., Marie, 68 ans. Aucun renseignement sur ses antécédents. La malade était dans le coma, d'où on ne

pouvait la tirer que par des excitations très vives. La pression exercée sur le ventre était particulièrement douloureuse.

Respiration stertoreuse. Pouls petit, filiforme.

Autopsie. On a trouvé la vessie fortement rétractée et vide d'urine. Le réservoir ouvert, on a rencontré un calcul du volume d'un petit œuf de poule *occupant le trigone vésical*, enchatonné dans l'épaisseur de la paroi, de façon à être immobilisé et à *comprimer exactement l'embouchure des deux uretères*. Ceux-ci sont énormément distendus, ils ont à peu près le volume du pouce. La dilatation est plus considérable sur l'uretère du côté gauche que sur l'uretère du côté droit. A gauche, la dilatation se continue sur le bassinet correspondant, lequel contribue à former une vaste tumeur fluctuante, pleine d'urine, tumeur dont les parois sont constituées à la fois par le bassinet et par la substance propre du rein, refoulée comme une bandelette mince au pourtour de la poche. L'atrophie du rein gauche est à peu près totale. Pus dans l'atmosphère graisseuse du rein gauche. Pleurésie diaphragmatique du même côté.

La dilatation de l'uretère droit est un peu moindre ; celle du bassinet atteint à peine le volume d'un gros œuf de poule. Rein droit hypertrophié. Les autres organes sont sains.

Conclusion. Le calcul enchatonné comprimant l'extrémité inférieure des uretères, il s'agit d'un cas d'urémie par défaut d'excrétion urinaire.

OBSERVATION XLII.

(Bull. Soc. anat., 1877, p. 210.)

Vessie à cellule ; pus dans les cellules.

Gat. G..., 48 ans, entré le 19 janvier 1877, à l'Hôtel-Dieu.

Chute sur le périnée sur le bord d'une cuve de brasseur, il y a 22 ans.

Hématurie prolongée. Rétrécissement au bout de deux ans. Se passe des bougies depuis 20 ans. Il y a quatre ans, abcès au périnée, à gauche. Depuis un mois, la miction est de plus en plus difficile, la sonde n° 6 ne passe plus.

Gonflement douloureux au périnée. A son entrée, la vessie est distendue. Infiltration d'urine. Mort.

Autopsie. Abdomen. Pas de péritonite. Dans le petit bassin on trouve une tumeur *trilobée* placée derrière la symphyse pubienne. Le lobe supérieur, gros comme une noix, est formé par une hernie de la muqueuse vésicale. Les lobes inférieurs, gros comme le poing, sont constitués par la vessie et une poche purulente placée au-dessous et sur les côtés. La poche supérieure ne présente pas de fibres musculaires dans sa paroi; on en découvre dans la poche inférieure. Les deux cavités sont superposées et communiquent par un orifice large comme le petit doigt, à bords froncés. Dans la cavité supérieure est une sorte de membrane brune, adhérente à la muqueuse contenant des éléments calcaires. Dans la poche inférieure, du pus.

Uretères débouchant au-dessous de l'orifice de communication des deux poches. Le gauche est dilaté dans toute son étendue. Il est perméable et un peu comprimé

au voisinage de la vessie par l'extrémité de la poche purulente.

OBSERVATION XLIII.

(Bull. Soc. anat., 1880, p. 106.)

Vessie à cellules.

Lavier (Victor), hôpital Charité, salle Sainte-Vierge, n° 44.

20 novembre 1879. Cystite. Rétrécissement de l'urèthre
Traitement : Capsules de térébenthine, acide benzoïque.

Le 26 décembre. Au moment de la visite, le malade est pris subitement d'une envie d'uriner. Il rend en un seul jet une quantité de pus que l'on peut évaluer à 35 grammes. Ce pus, très fétide, n'était mélangé qu'à une quantité minime d'urine. On pensa alors à la possibilité d'un abcès extra-vésical ouvert dans la vessie. Le malade affirme avoir déjà rendu de temps en temps pareille quantité de pus.

En janvier 1880, température oscillant de 39 à 40°; état purulent des urines. On pense à la possibilité d'une tuberculisation des organes urinaires, bien que le testicule et la prostate paraissent sains. Mort le 13 février.

Autopsie. La vessie, à première vue, paraît divisée en deux *loges* incomplètes par une sorte de repli ou valvule. La loge située en avant et au-dessus de la valvule est vaste, spacieuse, et est formée par la plus grande partie de la cavité vésicale. La deuxième loge, située en arrière et en contre-bas de la valvule est, au contraire, petite et pourrait contenir une grosse châtaigne. Les deux loges communiquent l'une avec l'autre au niveau du bord libre de la valvule par un orifice qui a 2 centim. 1/2 de diamètre.

En examinant avec soin la deuxième loge ou vessie secondaire, on trouve en arrière de la corne gauche de la valvule un orifice admettant le doigt indicateur. Cet orifice conduit dans une ampoule profonde du volume d'un *gros œuf* de poule qui repose dans la plus grande partie de son étendue sur la vésicule séminale gauche. En bas, elle s'étend jusqu'à la prostate; en haut, elle remonte jusqu'à un 1/2 centimètre du cul-de-sac péritonéal vésicorectal. L'uretère gauche chemine dans une étendue de 2 centimètres dans l'épaisseur de sa paroi latérale gauche; il est contigu à l'orifice de communication avec la vessie secondaire. Cette cavité est remplie d'un liquide urineux et purulent. En résumé, la vessie de notre malade se trouvait constituée par trois cavités, la seconde servant d'intermédiaire entre la première et la troisième. L'urine du rein droit alimentait directement la première cavité. L'urine provenant de l'uretère gauche tombait dans la deuxième et la troisième cavité. Là, cette urine pouvait rester jusqu'à ce qu'un mouvement brusque du malade, un changement de position, en évacuât une quantité plus ou moins considérable. Le pus rendu par lui un matin n'avait pas d'autre provenance.

L'histologie des parois vésicales nous a montré :

1° Que la valvule était formée par la muqueuse doublée d'une couche épaisse de fibres musculaires;

2° Que la troisième poche, ou arrière-cavité n'était qu'une cellule vésicale et non une cavité d'abcès ayant communiqué à un moment donné avec la vessie. En effet, des coupes pratiquées sur la partie la plus éloignée de l'orifice de communication de la troisième poche nous ont fait voir : a) une couche épithéliale nettement conservée par places; b) un chorion muqueux mince, formé sur-

tout par des faisceaux de tissu conjonctif; c), une couche peu épaisse de faisceaux de fibres musculaires séparés les uns des autres par des faisceaux épais de fibres conjonctives.

M. Houel. Il s'agit dans ce cas d'une hernie tuniquaire de Cruveilhier. Ces poches diverticulaires ont un lieu d'élection; M. Cruveilhier a montré qu'elles se forment toujours en deux points: soit au niveau de l'ouraque, soit au niveau de la partie postérieure du trigone vésical. C'est également dans ces régions qu'ont lieu les ruptures vésicales. Il existe ordinairement dans le cas de poche diverticulaire vésicale une sorte de valve qui a été décrite par Mercier. (M. Dubar.)

OBSERVATION XLIV (inédite).

(Extraite du registre des opérations de lithotritie pratiquées dans le service du professeur Guyon, p. 22, pièce n° 118.)

Vessie à cellules. Suppuration de la cellule. Péritonite.

Mort.

Bastien, J.-P..., 59 ans, concierge. Entré le 17 novembre 1882, salle Saint-Vincent, n° 8. Mort le 14 décembre 1882.

Cet homme a subi la lithotritie en deux séances le 14 mars 1881. Il a dû être opéré une seconde fois, toujours par la lithotritie le 17 décembre 1881. Sorti le 29 janvier 1882, il conservait encore des urines sales, troubles, purulentes. La miction avait lieu une fois par heure; il souffrait peu.

Depuis le mois de juin, il souffre davantage. Toutefois, au repos, mais surtout après la marche, il éprouve à la fin de la miction une assez forte douleur qui se propage de l'anus au gland.

Il y a six semaines, émission de trois graviers phosphatiques assez volumineux, sans colique néphrétique. De temps en temps, interruption du jet.

17 novembre, M. Guyon sent un calcul assez volumineux, mais dont il n'apprécie pas très exactement les dimensions. Les urines sont troubles, sales, fétides, ammoniacales. Il ne paraît pas y avoir de graves lésions rénales.

6 décembre. *Lithotritie*. — Lithotriteur à mors fendus n° 1. Le lobe moyen de la prostate est saillant ; restant à l'entrée de l'instrument. On trouve le calcul à droite, il est mou et friable. Les fragments retombent toujours à droite, où il existe, à ce qu'il semble, une loge assez profonde. On y retrouve encore à la 25^e prise un fragment volumineux.

30 prises en 7 minutes, 60 aspirations en 3 minutes. On entend encore un cliquetis qui révèle la présence d'un fragment assez gros. Réintroduction d'un lithotriteur n° 1 à mors plats. L'opération a duré une demi-heure.

Le soir 38,6 ; peu de douleur.

Les jours suivants, apyrexie complète. Le nombre des mictions tombe et se maintient à 20 par 24 heures.

Dans la nuit du 11 au 12, agitation, fièvre, douleur de la miction qui devient plus fréquente.

Le 12, urines fort troubles, de couleur sale, brunâtre, très fétides, ammoniacales. Temp. 37°8. Lavage à l'acide borique, lait, sulf. quinine, 1 gr.

On pense à une cystite et à un certain degré de péri-cystite.

Le 13, facies grippé. Ventre ballonné. Pouls petit, très fréquent. Apyrexie. On retire de la vessie une urine x-

cessivement fétide et sale, peu abondante, 3 lavages par jour.

Le 14, état de plus en plus grave. Apyrexie complète. Le cathétérisme ne retire plus de la vessie que du pus auquel ne se mêle qu'une très petite quantité d'urine. Vomissements verdâtres hier, fécaloïdes ce matin et très fréquents. Ventre très ballonné, douloureux à la pression. Pouls petit.

T. 36°5. Anurie. Mort à 5 heures du soir.

Autopsie. — 40 heures après la mort.

Ventre très ballonné. Après l'incision de la paroi abdominale, il s'écoule environ un litre et demi de liquide séro-purulent. Les anses intestinales sont accolées entre elles par un exsudat récent. Lorsqu'on les sépare, on trouve çà et là de petites collections purulentes. Vascularisation intense du péritoine. Les anses d'intestin les plus rapprochées de l'excavation pelvienne y ont contracté des adhérences qu'on ne parvient pas facilement à séparer. Il semble qu'il y ait eu en ce point des inflammations adhésives anciennes.

L'urèthre est normal, la prostate hypertrophiée; le lobe moyen est saillant et forme une sorte de valvule.

La vessie est de moyenne capacité et ne contient pas le moindre fragment de calcul. L'hypertrophie porte également sur la tunique musculaire et la tunique muqueuse. Celle-ci est inégale, tomenteuse et depuis longtemps enflammée. Le *trigone* est très déprimé et se trouve à un niveau inférieur au col de 3 à 4 centimètres. C'est lui qui est le siège principal des lésions inflammatoires.

Il présente au-dessous du col, presque sur la ligne médiane, une perforation assez régulièrement arrondie de la dimension d'une pièce de 1 fr. environ.

De chaque côté, dans les angles latéraux extrêmes de la vessie, il existe une dépression profonde plus accusée à droite. En ce dernier point, on aperçoit un orifice plus petit, mais comparable au précédent. La muqueuse, au niveau du bas-fond et surtout au voisinage de ces orifices, offre une coloration noirâtre fort prononcée. Ces orifices, conduisent chacun dans des cavités *celluleuses* qui n'offrent pas entre elles de communications et qui sont de dimensions très inégales. La plus grande répond à l'orifice médian. Elle recouvre la plus grande partie de la face postérieure de la vessie, du bas-fond et s'avance jusqu'à la prostate, qui est en grande partie détruite et dont la coque concourt à limiter la cavité. Celle-ci est anfractueuse et offre de nombreux prolongements irréguliers. Sa paroi, constituée d'une part par les faces postérieure et inférieure de la vessie, est d'autre part limitée simplement par le péritoine. Épaissi dans les parties les plus déclives, ce dernier semble au contraire aminci en haut et on trouve à ce niveau deux déchirures produites par l'enlèvement des anses intestinales adhérentes. La seconde cavité, qui est évidemment une petite cellule, n'offre pas plus de 3 centimètres de profondeur.

Il est difficile de savoir si la muqueuse se prolonge dans ces cavités, surtout dans la grande. L'état inflammatoire très accusé de toutes ces parties permet difficilement de s'en assurer.

Le mécanisme de la péritonite à laquelle a succombé le malade s'explique très facilement par l'existence de cette cavité aujourd'hui transformée en un vaste abcès, mais qui avait dû être primitivement une cellule.

Cela explique en outre la cystite rebelle du malade et l'altération persistante de ses urines, malgré plusieurs

séances de lithotritie. Mais ces lésions comportent avec elles un autre enseignement tout aussi précieux.

Elles montrent que si le malade a succombé à la suite des manœuvres de lithotritie, toute autre opération, la taille hypogastrique en particulier, n'aurait pas manqué d'aboutir à la même catastrophe et plus brusquement encore.

La distension de la vessie par l'injection et par le ballon de Petersen aurait fait éclater sans aucun doute la mince paroi postérieure de la grande cellule et aurait même empêché de conduire jusqu'au bout l'opération.

La taille hypogastrique a donc dans les conditions anatomiques de sérieuses contre-indications et doit être réservée pour les cas où la vessie est dans un état relatif d'intégrité.

Les uretères sont dilatés.

Le rein gauche est petit, contracté.

Le rein droit est augmenté de volume. Les calices et les bassinets sont très dilatés. En outre, il offre à la surface une tumeur du volume d'une mandarine, dont la coupe est alvéolaire, spongieuse.

Dans les mailles, il existe une substance noirâtre semblable à du sang coagulé. (Guiard, interne du service.)

OBSERVATION XLV.

(Pièce n° 115. Musée du professeur Guyon).

Rétrécissement bulbaire. Hypertrophie de la prostate. Calculs engagés dans le rétrécissement. Calculs enchatonnés de la vessie. Mort par embolie pulmonaire.

Guillon (Jules) 54 ans, blennorrhagie en 1851. Rétention d'urine à une époque qu'il ne peut préciser.

En 1871, deuxième rétention, entré à l'hôpital le 6 no-

vembre 1881, de nouveau pris de rétention. Impossibilité de le sonder.

10 novembre : ponction capillaire de la vessie. Jusqu'au 14 novembre, on fait onze ponctions. Incision sur la ligne médiane d'une tumeur urinaire.

15 novembre : la vessie se vide incomplètement, l'urine coule de plus en plus par la verge et de moins en moins par la fistule.

Les derniers jours de novembre, cicatrisation des incisions faites sur le périnée.

30 novembre : la vessie se vide incomplètement. Avant de tenter le cathétérisme, le malade est envoyé au bain. Il est pris de malaise, de dyspnée. Porté dans son lit, ses lèvres bleuissent, sa face devient livide, son pouls s'affaiblit. En moins d'un quart-d'heure, il succombe. On diagnostique une embolie pulmonaire.

Autopsie ; poumons, côté gauche. — Un gros caillot fibrineux bouche complètement la lumière de la branche gauche de l'artère pulmonaire. Il mesure près de sept centimètres.

Côté droit. — Dans la branche de l'artère pulmonaire se rendant au lobe inférieur droit, caillot semblable au précédent, mais plus petit.

Cœur. — Caillot dans l'oreillette droite.

Reins. — Normaux.

Vessie. — Aucune trace des onze ponctions qui ont été faites, ni sur la vessie, ni dans le tissu cellulaire prévé-sical. La vessie est grande, elle présente de nombreuses cellules dues à une hernie de la muqueuse à travers la couche musculaire hypertrophiée. Au niveau du trigone, en dedans et un peu en haut de chacun des orifices uré-tères, et disposés presque symétriquement, on trouve

deux calculs enchatonnés dans les cellules de la muqueuse. Ils sont presque aussi gros qu'une noisette ; celui de droite est irrégulier, il présente une disposition ramifiée, et fait une forte saillie par l'orifice de la cellule (4). Celui de gauche est arrondi, et on ne peut le voir qu'en écartant la muqueuse qui recouvre l'orifice de la cellule.

Prostate. — Très volumineuse.

Urèthre. — Rétrécissement bulbaire, sur une étendue de deux centimètres.

L'orifice antérieur du rétrécissement présente un calcul d'un petit pois. L'orifice postérieur est bouché par un second calcul gros comme un noyau de cerise. (Observation et pièces présentées à la Société anatomique en décembre 1881. M. Geffrier, interne du service.)

OBSERVATION XLVI (inédite).

(Pièce n° 121 du musée du professeur Guyon).

Vessie à grande cellule.

Champeaux (Jean), 45 ans, tailleur de pierres, entré le 24 février 1880, salle Saint-Vincent, n° 6.

Antécédents : Première blennorrhagie à 32 ans, beaucoup d'injections, durée 5 à 6 mois. 15 mois environ après cette blennorrhagie, cystite aiguë qui a duré environ 2 mois. Jusqu'à sa nouvelle blennorrhagie, contractée il y a 4 ans, le malade, tout en conservant un peu de difficulté de la miction, s'est bien porté. Les urines offraient peu de dépôt et la miction n'était pas trop fréquente. La deuxième blennorrhagie a duré 15 mois. Beaucoup d'injections.

Pas de signes fonctionnels de rétrécissement. On passe aisément l'explorateur n° 20.

Depuis 15 mois, mictions fréquentes, et plus fréquentes la nuit que le jour, douloureuses surtout à la fin. Urines plus abondantes et très chargées. Depuis quelques mois, le malade a la fièvre et son appétit a diminué. Amaigrissement prononcé; langue sèche, soif intense. Constipation.

25 février. Exploration du canal qui est libre. La vessie ne se vide pas, bien que le malade ait uriné depuis un quart d'heure. Le cathétérisme, qui est douloureux, évacue encore près de 500 gr. d'urines troubles et alcalines. Les régions rénale et périnéo-scrotale sont très douloureuses à la pression. Les mictions sont fréquentes (nuit, trente fois environ, le jour, beaucoup moins). Deux litres et demi dans les 24 heures. Les urines sont troubles blanc jaunâtre, avec un dépôt de près de deux centimètres. La miction est douloureuse à la fin et près de cinq minutes après. Le toucher rectal est douloureux (hémorroïdes), mais la prostate ne présente rien de particulier.

Le 26. Après le cathétérisme d'hier, le malade est resté deux heures sans uriner. Ce matin les urines renferment moins de pus. Lavage à l'acide borique, très douloureux surtout à la fin.

L'amélioration s'accuse jusqu'au 15 mars.

Le 15 mars. On constate de la fièvre et un malaise général. Il y a de la constipation. Les urines, deux litres par jour, laissent déposer une couche épaisse de pus. Vives douleurs dans les reins et la vessie.

Le 5 juin. Sécheresse de la bouche, adynamie de plus en plus profonde. Abaissement de la température, 36°. Mort.

Autopsie. La vessie remplit toute l'excavation pel-

viennent aux parois de laquelle elle adhère par un tissu cellulaire assez lâche, sauf sur les parties latérales où il est plus difficile de le détacher et aussi en avant, au niveau de la cavité pré-péritonéale de Retzius. Le tissu est dense et serré et fait corps avec le muscle vésical.

A la partie postérieure, adhérences entre les feuillets péritonéaux qui forment le cul-de-sac recto-vésical, de sorte que la vessie fait corps avec le rectum.

La cavité vésicale ouverte par sa paroi supérieure contient une urine puante avec des flocons de pus reposant dans le fond. En regardant par cette ouverture artificielle on tombe dans une vaste poche du volume d'une noix de coco sur la partie gauche de laquelle on voit un orifice arrondi, dans lequel on peut mettre le doigt, qui a les dimensions d'une pièce de 50 centimes, à bords mousses, recouverts par la muqueuse et communiquant avec une seconde cavité. L'inspection de la première cavité montre qu'elle ne constitue qu'un simple diverticulum.

Cette cavité paraît être beaucoup plus grande que la vessie qui est comme ratatinée et revenue sur elle-même.

La vessie proprement dite peut à peine loger un œuf de pigeon, la cellule logerait presque un œuf d'autruche. L'épaisseur des parois de la vessie mesure de 8 à 10^{mm}. Celles de la cellule ont 3 ou 4^{mm}. La muqueuse est grisâtre ardoisée, sans colonnes, sans saillies. Sur les parois de la cellule on distingue un reticulum fin grisâtre, assez semblable à des fausses membranes très peu épaisses. La vessie ne contient rien de semblable. L'orifice du col est étroit, presque fermé ; une bougie pénètre avec quelque difficulté et le moindre pli de la vessie efface cet

orifice qu'on ne peut voir que difficilement et encore en introduisant une petite bougie par l'urèthre. Les deux uretères s'ouvrent dans la vessie proprement dite. Le droit chemine tout le long de la cellule, ils sont dilatés et forment un cordon du volume du petit doigt. Les parois épaissies mesurent 2^{mm} d'épaisseur. La muqueuse est très épaissie, très vascularisée, brunâtre. Les altérations sont aussi prononcées d'un côté que de l'autre. Les uretères aboutissent tous deux à des bassinets notablement dilatés.

Les reins offrent les caractères de la néphrite suppurative. (Bazy et Guiard.)

OBSERVATION XLVII (inédite).

(Pièce n° 123 du musée du professeur Guyon.)

Vessie à cellules. Hypertrophie du lobe moyen de la prostate.
Rétrécissement de l'urèthre.

Harpach (Henri), 64 ans, entré le 9 juin 1883, n° 4, salle Saint-Vincent, mort le 2 juillet.

Le malade se plaint de difficultés de la miction qui auraient débuté depuis dix-huit mois. Il urine très souvent avec un jet très fin, avec des douleurs assez vives, Les mictions s'accompagnent presque chaque fois d'issue de matières fécales et de prolapsus du rectum. Les urines sont très purulentes, fétides, et deviennent ammoniacales très peu de temps après leur émission. La palpation hypogastrique combinée au toucher rectal fait reconnaître une rétention incomplète, mais la vessie remonte à peine à quelques centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Rétrécissement dans la région périnéale et admettant la boule de l'explorateur n° 6.

Les tentatives de dilatation, précédées d'une bougie

à demeure, déterminant de la fièvre et exagérant les phénomènes de cystite, l'uréthrotomie interne est pratiquée le 19 juin sans présenter rien de particulier. Mais bientôt, elle est suivie d'un redoublement de fièvre avec douleurs rénales et délire.

Le malade meurt le 2 juillet avec des symptômes de néphrite aiguë, malgré des révulsifs rénaux, des sudations répétées et du sulfate de quinine.

Autopsie. A peine voit-on sur la paroi supérieure de l'urèthre la cavité losangique de l'uréthrotomie qui a même disparu sur la pièce après macération.

La *vessie*, vrai vessie de rétréci, est trèsépaissie, diminuée de capacité et présente sur sa face interne une foule de colonnes et de *cellules* dont une notamment sur sa partie latérale gauche pourrait loger une noix. La muqueuse n'est pas ulcérée, mais seulement congestionnée.

La *prostate*, de volume modéré dans son ensemble, présente une hypertrophie du lobe moyen formant une sorte de valvule au col vésical. Aucun accident pendant la vie n'a cependant été directement imputable à cette hypertrophie prostatique.

Les uretères sont légèrement dilatés; leur muqueuse est fortement congestionnée et rougeâtre, ils contiennent un pus fétide, ainsi que les bassinets dont la dilatation est plus manifeste. On remarque une pyélo-néphrite avec néphrite interstitielle qui a suppuré à droite (M. Hache).

OBSERVATION XLVIII.

(Pièce n° 139 du musée du professeur Guyon.)

Cellule vésicale ayant les dimensions d'une tête
d'enfant.

Martin, 72 ans, entre le 26 février 1885, dans le service de M. Guyon, salle Saint-Vincent, n° 18. Deux blennorrhagies vers 20 à 25 ans. Depuis l'âge de 40 ans, urine difficilement, et cette difficulté va en croissant, si bien que depuis cinq ans le jet tombe sur les pieds. En même temps, se sont montrés, depuis quelques années, des besoins nocturnes et des hématuries, sous forme d'urines brunes qui se sont répétées il y a trois ans, il y a neuf mois et il y a une dizaine de jours, durant chaque fois sept à huit jours. Le 25 février, ce malade était en pleine hématurie lorsqu'il a été pris de rétention complète; un médecin appelé a essayé inutilement de le sonder avec un instrument métallique. Nous trouvons une vessie distendue et pratiquons facilement le cathétérisme, d'abord avec un explorateur à boule, puis avec une sonde à bécuille par laquelle nous évacuons une urine bouillon de bœuf. Nous ne vidons qu'incomplètement la vessie, et faisons une injection d'acide borique.

Cette évacuation progressive et antiseptique est continuée les jours suivants; mais le 28, le malade est pris d'une diarrhée jaune, abondante, il tombe, le soir, dans un état comateux et meurt le lendemain soir, 1^{er} mars, sans que la température soit montée au-dessus de 37°,2.

Autopsie. — La *vessie* est de dimensions au-dessus de la normale, sa surface est mamelonnée, par suite de la saillie de colonnes nombreuses qui s'entrecroisent, lui donnant un aspect réticulé, et de la présence de petites

fongosités disséminées, surtout abondantes au niveau des colonnes, molles et plus foncées que le reste de la muqueuse avec laquelle elles font corps. Immédiatement au-dessus de la base de la prostate, on trouve une tumeur du volume d'une petite noix, bilobée, formée par le lobe moyen, tumeur qu'on aurait pu enlever par une taille hypogastrique. La coloration générale de cette vessie est ardoisée, mêlée de plaques congestives. Sur sa partie latérale droite existe un orifice de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, régulièrement arrondi, à bords nettement découpés, lisses, qui la fait communiquer avec une poche plus grande qu'elle, constituée seulement par la muqueuse doublée de la tunique séreuse sans fibres musculaires interposées, ainsi que l'a montré l'examen histologique fait par notre ami Siredey, au laboratoire de Clamart (1). La face interne de cette poche

(1) L'examen histologique a été fait à nouveau en même temps que celui des observations LI et LII et indépendamment de celui de M. Siredey.

Voici la note que notre excellent ami, M. Baudoin, interne des hôpitaux, a eu l'obligeance de nous communiquer :

« Sur les coupes, la muqueuse vésicale présentait ses caractères habituels, mais l'épithélium n'a pu être retrouvé ; aucune sinuosité dans le chorion de la muqueuse sur la partie restreinte la paroi examinée. Il est impossible ici de délimiter la face profonde de la muqueuse d'avec les couches sous-jacentes. On ne trouve au-dessous du chorion de cette muqueuse qu'une masse de tissu conjonctif dense et très épaisse formant la paroi tout entière. Les fibres conjonctives sont serrées les unes contre les autres et irrégulièrement accolées. On n'a rencontré dans cette paroi aucune trace d'éléments musculaires, mais des vaisseaux nombreux et quelques rares vésicules adipeuses. On remarquera cette absence de faisceaux musculaires, alors que dans la paroi

si volumineuse ne présente, du reste, pas l'aspect réticulé, ni la coloration de la vessie. Sa surface est mamelonnée, mais à mamelons plus plats, plus régulièrement distribués et sans apparence rétiforme ; sa coloration générale est d'un jaune un peu verdâtre. Il s'agit bien là d'une cellule vésicale. Ce qui le prouve, c'est l'examen macroscopique et microscopique de la pièce, c'est encore ce fait que les deux uretères s'ouvrent dans la vraie vessie ainsi que l'urèthre ; l'uretère droit cheminant dans l'épaisseur de la poche, mais venant s'ouvrir dans la vessie à sa place habituelle. (Observation rédigée par M. Hartmann, interne des hôpitaux. Voir Soc. anat., octobre 1885) (1).

OBSERVATION XLIX (inédite).

(Pièce n° 151. Musée du professeur Guyon.)

Cellules vésicales, calcul enchatonné.

Mougîn, 60 ans. Entré salle Saint-Vincent, n° 20, le 6 novembre 1885. Mort le 20 novembre 1885.

des petites cellules on en a rencontré toujours un certain nombre comme nous l'avons déjà vu.

« Quant à l'absence des fibres musculaires dans la portion de paroi qu'on nous a remises, une réserve doit être faite ; la pièce en question, n'ayant été placée dans l'alcool qu'assez longtemps après l'autopsie, était mal conservée ; dans certains points, l'examen a dû être incomplet par suite de la décomposition des tissus et dans ces points, il a été impossible de reconnaître nettement la nature des parties constituantes. »

(1) Cette observation a fait l'objet d'une communication à la Société anatomique en octobre 1885 ; elle paraîtra dans le prochain fascicule des Bulletins de cette société, fascicule qui est actuellement sous presse.

Le malade a été lithotritié par M. Guyon en 1883. Il est resté pendant un an sans accuser aucun symptôme vésical. Mictions fréquentes depuis un an; toutes les demi-heures le jour, un peu moins souvent la nuit. Douleur à la fin de la miction. Urines troubles, contenant du pus. Pas d'hématuries. Marche et course en voiture impossibles.

Le malade est sondé par M. Guyon qui trouve un calcul; mais, étant donné son état général mauvais (néphrite), M. Guyon ne l'opère pas. Respiration gênée, accès de suffocation surtout la nuit. Œdème des membres inférieurs. Polyurie: 3 litres par vingt-quatre heures. Lavage de la vessie à l'acide borique. Le malade meurt le 20 novembre 1885.

Autopsie. — Poumons congestionnés; cœur droit dilaté.

Reins congestionnés, substance corticale atrophiee; les calices, les bassinets sont dilatés.

La *vessie* est grande; on y voit de nombreuses *cellules*; les unes sont petites, d'autres plus volumineuses; les unes dans le *trigone* vésical, les autres au sommet de l'organe. Derrière la prostate, on trouve une cellule plus grande et contenant un *calcul* bifide. Une des parties a le volume d'une grosse noisette, l'autre partie est plus petite. Les deux parties sont réunies par une sorte de collet.

La muqueuse vésicale est dans toute son étendue congestionnée.

Les lobes latéraux de la prostate sont très développés.

L'urètre est libre dans toute son étendue. (Auguste Boursier, interne du service).

OBSERVATION L (inédite).

(Pièce n° 152 du musée du professeur Guyon).

Rétention d'urine. Vessie à cellules.

Maringer, 66 ans, entre salle Saint-Vincent, lit n° 20, le 16 janvier 1886. Mort le 17 janvier.

Les renseignements que l'on peut obtenir sont assez vagues. Depuis deux ans, il a des envies fréquentes d'uriner ; la nuit, il se lève quatre ou cinq fois. Il urine peu à la fois et souvent. Dans la journée, il urine toutes les heures. Depuis six mois, il mouille son lit, il urine goutte à goutte. Pas d'incontinence vraie.

A son entrée à l'hôpital, il eut une rétention d'urine : depuis la veille, sa vessie remonte jusqu'à l'ombilic. Vomissements verdâtres, congestion pulmonaire. Athérome artériel.

On évacue une partie de la vessie et on injecte de l'acide borique. Potion Rivière, Todd.

Le lendemain matin, délire, dyspnée. Mort à midi.

Autopsie. — Péritonite dans le petit bassin. Quelques fausses membranes font adhérer les anses intestinales les unes aux autres. Au niveau du rein gauche, périnéphrite. Pus dans la cavité péritonéale.

Vessie grande, à colonnes. *Nombreuses cellules.* Une d'elles, située au sommet, permet l'introduction du petit doigt. Une autre, située sur la partie latérale gauche, pourrait contenir une grosse noisette. La muqueuse vésicale est congestionnée. La prostate est hypertrophiée. Il y a un lobe moyen qui fait saillie au niveau de l'orifice vésical.

Reins. La substance corticale du rein gauche est atro-

Robelin.

phiée. Les calices et les bassinets sont distendus et pleins de pus. L'uretère gauche est dilaté.

Le rein droit a la substance corticale atrophiée. Pas de dilatation des calices et du bassin de ce côté. Poumons congestionnés. Cœur gauche hypertrophié (Aug. Boursier).

OBSERVATION LI (inédite).

(Due à l'obligeance de notre ancien interne, M. Hartmann.)

Infiltration d'urine. Mort. Cellule vésicale au début.

Bouvier (Thomas), 50 ans, entré le 28 mars 1885, salle Saint-Vincent, lit n° 12.

Il y a trois semaines, le malade remarque à la face postérieure du scrotum une tuméfaction qui devient très considérable en huit jours de temps.

Le 28 mars, la verge et le bas-ventre se tuméfient.

A 20 ans, Bouvier a eu une blennorrhagie, goutte militaire pendant un an. A la suite d'une injection, il a eu une rétention d'urine. Depuis quinze ans, miction de plus en plus difficile. Malade alcoolique.

Le 28 mars, à huit heures du soir, temp. 38°,6. Scrotum gros comme les deux poings, rouge, verge pâle, légèrement œdémateuse.

A gauche, induration d'apparence phlegmoneuse; au-dessous du canal inguinal, on trouve dans une petite étendue une zone nettement fluctuante, formant une sorte de tuméfaction arrondie, limitée, rosée. La région inférieure du ventre, ombragée par les poils à droite et à gauche, est rosée et présente au palper une induration due à une infiltration de la paroi.

30 mars. La rougeur s'est étendue symétriquement à gauche et à droite.....

Toujours rien au périnée. M. Guyon, qui voit le malade pour la première fois fait sur le périnée une incision médiane; la peau incisée, il ne sent encore rien; enfin, plus profondément, il ouvre un foyer d'où s'écoule un flot d'urine et de pus.....

1^{er} avril. La rougeur s'est étendue jusqu'à la partie postérieure des flancs. Empâtement très marqué, sans fluctuation vraie.... Incisions longues de 8 à 10 centim. deux travers de doigt au-dessus des arcades crurales...

Les jours suivants, agitation, délire. Mort le 26 avril.

Autopsie le 28 avril. — Toute la partie moyenne de la portion pelvienne de l'urèthre est très rétrécie; le rétrécissement laisse passer une épingle, mais n'admet pas une sonde canelée. Dilatation de la région membraneuse...

Vessie. Vaste, réticulée, présentant en un point, entre les saillies de la tunique musculaire, une *cellule* capable de loger un gros pois.

Quelques arborisation veineuses au niveau du bas-fond. Le reste de la vessie offre sa coloration blanche normale.

Uretères, dilatés, volume d'oie, vascularisés; bassinets, calices dilatés.

Atmosphère cellulo-adipeuse péritonéale très surchargée de graisse, mais non épaissie.

Reins se décortiquant bien, de volume normal, pâles à la coupe.

OBSERVATION LII (inédite).

(Due à l'obligeance de M. Hartmann, interne des hôpitaux.)

Rétention d'urine. Cellule vésicale au début.

Martinel, cordonnier, 64 ans, entre salle Saint-Vin-

cent, le 12 février 1885. Première blennorrhagie à 20 ans. Deuxième blennorrhagie à 25 ans. (Balsamiques et injections). N'a jamais remarqué jusqu'à 63 ans aucun trouble de la miction.

Il y a six semaines, rétention subite pendant la nuit. Depuis, incontinence continuelle.

12 février. Urines claires dans le premier et le deuxième verre, pas de filaments, pas d'albumine.

Canal. Explorateur n° 20 passe. La région membraneuse est sensible. Muco-pus sur le talon de l'explorateur (urèthre postérieur). Prostate volumineuse. Hémorrhoides. Vessie remontant jusqu'à l'ombilic.

Le 14, le malade est sondé. Injection à l'acide borique.

Le 21, on continue de même. Mais depuis plusieurs jours, arrivé à un certain degré d'évacuation, l'urine cesse de couler, alors qu'on sent encore un globe distendu à l'hypogastre. On commence à vider un peu plus en pressant. Les urines sont un peu troubles.

Le 23, on presse vainement sur le globe, on n'arrive qu'à expulser quelques gouttes d'urine très trouble, laiteuse, acide. Ce globe s'étend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.,..

25 février. M. Guyon sonde le malade, évacue une plus grande quantité d'urine qu'à l'ordinaire. Urine sanguinolente à la fin de l'évacuation. On ne sent plus le globe à l'hypogastre.

Langue sèche.

28 février. Urines diminuant de quantité. Délire nocturne... Mort.

Autopsie. — Nous ne rapportons ici que ce qui concerne la vessie et les organes voisins. Urèthre imbibé de

sang. La prostate offre une épaisseur à peu près égale sur la paroi antérieure et sur la paroi postérieure. Au niveau de sa base, on trouve faisant saillie dans la vessie un lobe moyen du volume d'un très gros pois.

Vessie. — De dimensions presque normales ; offrant à sa face interne une apparence réticulée, une coloration ardoisée, distribuée irrégulièrement.

Le réticulum saillant présente dans ses mailles des dépressions ou *cellules*, capables de loger un très gros grain de chènevis ou un très petit pois.

A la coupe, la paroi vésicale a une épaisseur variable de 1 centimètres à 15 à 18 millimètres. Elle est grisâtre et crie sous le scalpel. Nulle part on ne trouve de trace d'abcès interstitiels. La séparation d'avec les couches cellulo-graisseuses qui entourent la vessie est assez difficile.

OBSERVATION LIII (inédite).

(Extraite du registre des opérations de lithotritie du professeur Guyon).

Hypertrophie de la prostate. Lithotritie. Mort. Vessie à cellule.

Bourniol, 63 ans, salle Saint-Vincent n° 5. Entré le 12 février 1885.

Il y a cinq ans, lithotritie en trois séances par le professeur Guyon.

Se sonde deux ou trois fois par jour. Pas d'arrêt brusque du jet. Parfois, il ne peut achever la miction, est repris quelque temps après d'envies douloureuses et pressantes. Ne vide pas sa vessie. L'explorateur à boule n° 20 passe facilement. Sensation de frottement rapeux à droite. Pus glaireux ramené sur le talon.

L'explorateur n° 3 sent la pierre à l'entrée. Pierre volumineuse, 3 ou 4 centimètres au moins.

2 mars. Après miction, cathétérisme. Il reste environ 200 gr. d'urine dans la vessie.

4 mars. Lithotritie. Écrasement de la pierre, difficile à obtenir. Marteau.

5 mars. Vomissement. Malaise. Hoquet.

6 mars. Fièvre. Hoquet persistant. Langue sèche. Pas de sensibilité rénale. Hypogastre un peu douloureux. Ventouses. Sinapisation lombaire. Quinine. Lait...

8 mars. Subdelirium. Dyspnée. Mort.

Autopsie. — Urèthre. Normal.

Vessie. — Deux lobes prostatiques latéraux très développés. Légère saillie du lobe moyen. Bas fond assez développé. La vessie est recouverte par une bouillie phosphatique épaissie qui diminue l'état des parois. Ça et là quelques petits fragments dont le volume ne dépasse pas celui d'un grain de millet. Immédiatement en arrière de l'extrémité droite du bord postérieur du trigone, orifice arrondi admettant l'extrémité du doigt ; le doigt pénètre dans une *cavité* remplie de fragments de calculs, anguleux, résultant de débris de calcul concassés et déposés là lors de l'opération. Irrégularités, cassures, arêtes vives de ces fragments. Ces calculs ne se sont pas cassés dans cette poche.

Sur la paroi postérieure, au-dessus du bas-fond, orifice analogue, cavité plus petite, mêmes débris.

Outre ces deux orifices, en différents points de la muqueuse, on constate, entre les saillies des faisceaux musculaires, des dépressions, sorte de cellules au début, capables de loger un calcul gros comme un pois.

La paroi vésicale offre une épaisseur normale.

La muqueuse a une apparence réticulée, une coloration ardoisée : par places, une teinte violacée avec arborisations vasculaires. A la partie postérieure et inférieure, on trouve de petites saillies verdâtres, arrondies, grosses comme un grain de chènevis. La surface externe de la vessie ne présente rien d'anormal.

En disséquant le péritoine, et en enlevant le tissu cellulograisieux, sous-péritonéal, abondant, on rencontre les poches signalées plus haut. La plus grande, en avant de l'uretère droit et longeant immédiatement la paroi postérieure, a le volume et la forme d'un petit œuf de poule. De sa paroi interne, se détache une sorte de pédicule gros comme le doigt, et qui la rattache à la paroi vésicale.

La paroi de la cellule est mince, recouverte intérieurement d'arborisations vasculaires. En dedans, tractus fibreux étendus du pédicule à la paroi vésicale.

La plus petite poche, située sur la paroi postérieure de la vessie, a le volume d'une noix. Elle offre le même aspect que la première.

La paroi interne de la grande cellule est lisse, de couleur gris verdâtre ; et la cavité contient, enchâssés dans la paroi, des fragments de calcul, un près du pédicule et l'autre au fond. (Hartmann, interne des hôpitaux.)

CONCLUSIONS

Les vessies à cellules sont des vessies présentant une ou plusieurs tumeurs produites par la hernie de la tunique muqueuse à travers les fibres écartées de la tunique musculaire. Sur les petites cellules, au début, on peut rencontrer des fibres musculaires. Le siège de prédilection des cellules vésicales est sur les parties latérales et vers le sommet.

Il n'est pas une région de la vessie qui ne puisse être occupée par elles, même le trigone, contrairement à ce que disent les auteurs.

Le volume est variable, il peut atteindre celui d'un petit pois, comme celui de la vessie et même davantage (six fois plus grand que la vessie dans un cas).

Leur forme est ordinairement sphéroïde.

Les petites cellules sont assez fréquentes, surtout chez les prostatiques, les grandes cellules sont exceptionnelles.

Cet état pathologique est l'apanage de la vieillesse et du sexe masculin. Très rarement on le rencontre chez les femmes et les enfants. Lié intimement à des troubles de la miction, il est produit, non par la distension, mais par la contraction, par les efforts de la vessie.

Il n'y pas de symptômes des petites cellules. Les grandes cellules sont, dans quelques cas, annoncées par des tumeurs situées à la région hypogastrique,

s'affaissant par la pression et déterminant un impérieux besoin d'uriner.

Le diagnostic est la plupart du temps impossible, même pour les grandes cellules.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les contractions irrégulières de la vessie, la dilatation du bas-fond, la cystocèle vaginale. La différence d'épaisseur dans les parois, l'absence des fibres musculaires et de l'insertion d'un uretère sont des caractères qui différencieront d'une vessie double, la grande cellule vésicale.

Les complications sont très rares ; ce sont : 1° les ulcérations de la cellule ; 2° la perforation spontanée de la vessie ; 3° l'enchatonnement des calculs. Cette dernière complication est la plus importante au point de vue pratique.

Le pronostic est grave.

Il n'y a pas de traitement curatif. L'évacuation de l'urine, les injections intravésicales de nitrate d'argent et d'acide borique pourront rendre quelques services.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Pierre FRANCO. — Traité des hernies, ch. xxxi, 1561.
- HOUSTET. — Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, 1743, t. I, p. 401.
- MORGAGNI. — Epistola XLII, art. 10, 30, 32, 42.
- BONET. — Sepulchretum Anat., lib. 3, sect. 25, obs. 3, p. 644.
- CHOPART. — Maladies des voies urinaires, 1791, t. II. De la hernie de la membrane interne de la vessie, p. 50 et suiv.
- DESCHAMPS. — Traité historique et dogmatique de l'opération de la taille. Paris, 1796, t. I, p. 62 et suiv.
- DESAULT. — Œuvres chirurgicales, par Bichat, 3^e édit. Paris, 1813, t. II, p. 472 et suiv.
- T. III, p. 82.
- Bulletins de la Société anatomique, 1827, p. 257.
- Bull. Soc. anat., mars 1828.
- Bull. Soc. anat., 19 décembre 1833.
- Bull. Soc. anat., 1835, p. 11.
- Bull. Soc. anat., 1836, p. 236.
- CIVIALE. — Mémoire adressé à l'Académie des sciences, 21 mars 1836.
- Maladies des organes génito-urinaires, t. III, p. 5.
 - Traité de l'affection calculieuse, p. 279.
 - Traité pratique et historique de la lithotritie, p. 173.
- MERCIER. — Mémoire sur certaines perforations spontanées de la vessie. In Gazette médicale, 1836, p. 257 et 273.

- BOYER. — Maladies chirurgicales, 4^e édition, t. IX, p. 50.
Bull. Soc. anat., 1838, p. 284.
Bull. Soc. anat., 1840, p. 365.
Bull. Soc. anat., 1842, p. 14 et p. 53.
Bull. Soc. anat., 1845, p. 14.
- LAUGIER. — Dict. de médecine en 30 vol. Art. Vessie.
- J. CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique, t. I, p. 590.
Bull. Soc. anat., 1843, p. 188.
- HOUEL. — Des plaies et des ruptures de la vessie. Thèse agrég., 1857.
- NÉLATON. — Pathologie chirurgicale, t. V.
Bull. Soc. anat., 1868, 2^e série, p. 16, p. 148 et 149.
Bull. Soc. anat., 1872, 2^e série, p. 120, 231 et 327.
(Catalogue du musée Dupuytren.)
- VOILLEMIER et LE DENTU. — Traité des maladies des voies urinaires, t. II, p. 315.
- SAPPEY. — Traité d'anatomie descriptive, t. IV, p. 559.
Bull. Soc. anat., 1875, p. 298.
- LEMAIRE. — Etude sur les calculs enkystés de la vessie. Th. Paris, 1877.
- Sir Henry THOMPSON. — Traité pratique des maladies des voies urinaires, traduit., p. 623 et 626.
Bull. Soc. anat., 1877, p. 210.
Bull. Soc. anat., 1880, p. 106.
- CHANDELUX. — Contrib. à l'étude des lésions vésicales déterminées par les obstacles au cours de l'urine. Th. Paris, 1876.
- TILLAUX. — Anatomie topographique.
- FERRATON. — Des ruptures intra-péritonéales de la vessie. Th. Paris, 1883.
- GUYON. — Leçons cliniques, 1885, p. 782 à 870, p. 890 à 895, p. 903.
- TERRILLON. — Société de chirurgie, 10 juin 1885.
- POUSSON. — Mémoire à la Société de chirurgie, 1885.

MONOD. — Soc. chirurgie. 15 juillet 1885.

Bulletin Soc. de chir., 16 déc. 1885.

LAUNOIS. — De l'appareil urinaire des vieillards. Th. Paris, 1885.

H. HARTMANN. — Bull. Soc. anat., 16 oct. 1885.

Consulter les registres du musée du professeur Guyon. Hôpital Necker.

Vu le président de la thèse,
GUYON.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.